

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 136

Essai sur le complexe d'Œdipe
et sur son rôle
dans les psycho-névroses

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles PÉDOYA

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 Juin 1914, à AUZAT (Ariège)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

Essai sur le complexe d'Œdipe
et sur son rôle dans les psycho-névroses

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 136

Essai sur le complexe d'Œdipe
et sur son rôle
dans les psycho-névroses

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles PÉDOYA

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 Juin 1914, à AUZAT (Ariège)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET. **CLUZE**

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique.....		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique.....		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histolre naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Leon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUUT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAÏ
CHAMBRON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ÉTIENNE-MARTIN, *président* : LÉPINE, *assesseur* ;
MAZEL et DÉCHAUME.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON GRAND-PERE

A MA MERE, A MON PERE

A qui je dois tout.

A MON FRERE

A MON ONCLE

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE-MARTIN

*Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine
Directeur du centre de triage des mineurs délinquants
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il a bien voulu s'intéresser à
notre travail. Nous en sommes fiers.

Il a accepté d'être le président
de notre thèse. Nous ne saurions
assez l'en remercier.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LEPINE

*Doyen de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Lyon*

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique

Associé National de l'Académie de Médecine

Membre de l'Institut

Officier de la Légion d'Honneur

Nous n'oublierons ni la bienveillance qu'il a manifestée à notre égard, ni l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre juge.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAZEL

Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DECHAUME

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médaille Militaire, Croix de Guerre

Nous leur devons une grande part de notre formation médicale. Nous les remercions d'avoir bien voulu entrer dans notre jury de thèse.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX CIVILS DE LYON

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A TOUS MES MAÎTRES DE L'ECOLE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE
ET DE L'HÔPITAL MILITAIRE DESGENETTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT BRUNERIE
Chef de Clinique Neurologique et Psychiatrique

Essai sur le complexe d'Edipe et sur son rôle dans les psycho-névroses

INTRODUCTION

Dès le début de ce travail, nous tenons à préciser sa signification et son but — et ce faisant, nous pénétrons déjà dans notre sujet même, qui veut être avant tout un essai de délimitations et de mises au point.

Le Professeur Sigmund Freud, et les représentants nombreux de l'école qu'il a créée, ont introduit dans le langage de la psychanalyse l'expression d'Œdipus-Complex (complexe d'Edipe) — expression qui traduit pour ces auteurs une notion de la plus haute importance, qu'on retrouve à chaque tournant de l'œuvre freudienne, aussi bien dans l'étude des psycho-névroses que dans l'élaboration d'un système psychique original, à base d'inconscient dynamique.

Depuis quelques années, les psychanalystes ne sont plus seuls à parler de complexe d'Edipe : des médecins, psychiatres ou non, des psychologues, des criminalistes, des littérateurs ont employé plus ou moins ce terme. Il est bien évident, *à priori*, qu'ils ne peuvent lui donner exactement la même signification. Pour beaucoup d'ailleurs, il y a eu simplement,

CHAPITRE PREMIER

LA THEORIE FREUDIENNE DE L'ŒDIPE-COMPLEXE

On ne peut lire une revue de psychanalyse sans y rencontrer, souvent répétés, les termes de « complexe d'Œdipe ». Pour les psychanalystes orthodoxes il s'agit là d'une notion de base, posée une fois pour toutes et qui ne demande plus d'explications quant à sa production. Et ceux qui ne l'admettent pas sans réserve, ou qui ne la conçoivent que d'une façon accessoire, doivent être qualifiés de psychanalystes dissidents. Le complexe incestueux n'intervient pas seulement dans l'étude clinique de cas de psycho-névroses : on le retrouve continuellement dans les applications extra-médicales du freudisme touchant aux plus grands problèmes psychologiques et aux activités les plus diverses de l'esprit : art, littérature, morale, sociologie... à tel point qu'un psychiatre toulousain, le Docteur Voivenel, réagissant contre cette ubiquité, a pu dire de l'Œdipe-complexe que c'était « la bonne à tout faire de la psychanalyse ».

Que l'on soit, ou non, psychanalyste, cette importance primordiale que les disciples du maître de Vienne attachent au complexe d'Œdipe, peut rendre

plexe de conservation personnelle, complexe d'orgueil, complexe d'autorité, complexes religieux et politiques — et, déjà pathologiques, les complexes d'infériorité, de persécution, les complexes mystiques, etc., etc.

Mais il existe bien d'autres complexes, que l'individu ne connaîtra jamais, parce qu'inconscients : c'est à eux que s'applique cette théorie du refoulement et de la censure, dont nous avons parlé plus haut. La seule méthode capable de les révéler sera l'exploration psychanalytique. Elle montrera qu'il s'agit surtout de complexes sexuels, nés dans la première enfance, refoulés par la suite, mais toujours prédominants au sein du psychisme intérieur, bien qu'ignorés de la connaissance. Le complexe d'Œdipe est l'un de ceux-là. Elaboré au cours des premières années de la vie, et de caractère sexuel, il ne peut être envisagé qu'en fonction des travaux de Freud ayant trait à la sexualité infantile : c'est donc de cette dernière que nous allons maintenant nous occuper.

! *
* *

C'est l'une des idées les plus originales — et aussi les plus combattues — du Professeur viennois que d'avoir affirmé l'existence de manifestations sexuelles au cours de la première enfance. On avait admis que la puberté correspondait à l'éveil génital ⁽¹⁾. En réalité, la précocité de la vie sexuelle ne doit

(1) C'est Freud qui parle ; il est bien entendu que nous ne faisons que rapporter, sans critiques, les théories de Freud.

faire aucun doute. C'est par la psychanalyse de nombreux cas de névroses que le maître de Vienne s'est rendu compte de l'importance des premières années de la vie dans le développement psychologique et affectif de l'individu. Etudiant les perversions, il conclut : « Nous avons constaté que toutes les tendances perverses plongent par leurs racines dans l'enfance, que les enfants portent en eux toutes les prédispositions à ces tendances qu'ils manifestent dans la mesure compatible avec leur immaturité, bref que la sexualité perverse n'est autre chose que la sexualité infantile grossie et décomposée en des tendances particulières ».

Nous naissons avec nos tendances sexuelles : dès les premiers jours de l'existence, elles sont à l'origine de mouvements sexuels : « Il paraît certain que l'enfant apporte à sa naissance des germes de mouvements sexuels qui pendant un certain temps évoluent, puis subissent une régression progressive, interrompue à son tour par des poussées régulières de développement ou arrêtée par suite des particularités de l'individu ».

Ces affirmations n'ont rien d'hypothétique : certains pédiatres et certains auteurs ont effectivement constaté des manifestations de caractère érotique chez de nombreux petits enfants (en particulier, Sanford Bell conclut de l'analyse de 2.500 observations qu'il se développe fréquemment des affections de nature sexuelle bien avant l'adolescence). Freud lui-même a vérifié, sur des enfants, sa thorie primitivement induite à partir des observations de névropathes.

La négation par les psychologues et les éducateurs de la précocité sexuelle ne serait qu'un processus instinctif de défense contre cette sexualité infantile, qui nécessite la mise en œuvre rigoureuse des méthodes de l'éducation. Celle-ci, en réalité, s'efforce de réprimer, de dissimuler les besoins sexuels de l'enfant : car il est évidemment d'un intérêt majeur pour la société que l'instinct sexuel ne se libère pas ouvertement pendant l'enfance — « la sexualité, si elle se manifestait d'une façon trop précoce, romprait toutes les barrières et emporterait tous les résultats si péniblement acquis par la culture ». Raison pour laquelle on punit si sévèrement, sous le qualificatif de « mauvaises habitudes », des manifestations de caractère, en réalité, sexuel. Et si nous avons nous-mêmes une certaine répugnance à parler des choses sexuelles de notre enfance, c'est que nous avons subi, justement, l'influence de l'éducation. En somme, nous trichons avec nous-mêmes, et cela pour nous épargner les soucis d'une investigation personnelle qui ne peut que nous être désagréable. D'ailleurs nous avons refoulé, énergiquement, ces souvenirs affectifs, ces tendances et ces habitudes infantiles : au point que les six ou sept premières années de notre vie ont laissé très peu de marques dans notre mémoire.

Freud trouve étonnant et remarquable ce « brouillard d'amnésie que seule la recherche analytique réussit à dissiper ». Il se demande pourquoi on n'a pas eu l'attention attirée, avant lui, sur cette disparition dans un profond oubli des multiples événe-

ments de l'enfance, alors qu'ils auraient dû se graver fortement dans des esprits éminemment réceptifs et impressionnables.

Dans ses « Trois essais sur la théorie de la sexualité », il rapproche cette amnésie infantile de l'amnésie hystérique, et à ce propos, il rappelle une fois de plus la grande analogie existant entre « l'état d'âme de l'enfant et celui du psycho-névropathe ».

La réalité de la sexualité infantile étant posée, on peut entreprendre son étude systématique. *A priori*, elle doit être très différente de la sexualité de l'adulte normal. Effectivement, ce n'est pas encore une organisation équilibrée, mettant en jeu un ensemble de fonctions harmonieusement réglées, et visant à la procréation. L'instinct sexuel semble se manifester par des activités diverses et dispersées. Ce n'est qu'une apparence : il s'agit, en fait, à partir de la naissance, d'une évolution continue de phénomènes psycho-sexuels, cela, jusqu'à l'âge de cinq ans environ, où apparaîtront des processus de régression : « la sexualité traversant, jusqu'à la puberté, une période de latence ».

Envisageons rapidement les différentes « composantes » de l'instinct sexuel, avant la période de latence. Nous les classerons, avec Dalbiez, en deux grandes catégories : les sensations hédoniques des zones érogènes, et les émotions et recherches sexuelles.

Freud prétend qu'il existe une « sexualité périphérique extra-génitale ». Le plaisir que retire le nourrisson de la succion du mamelon est, pour une

part, un plaisir sexuel (qui voisine, évidemment, avec un plaisir de satisfaction nutritive, mais en est essentiellement différent). Dans ce cas, ce sont les muqueuses labiale et buccale qui sont les zones érogènes. Freud a étudié longuement, et dans plusieurs ouvrages, les actes infantiles de la succion et du « suçotement ». Nous n'insisterons pas, et nous nous bornerons à citer l'une de ses conclusions : « La succion nous a fait connaître les caractères essentiels de la sexualité infantile : celle-ci se développe en s'étayant sur une fonction physiologique essentielle à la vie ; elle ne connaît pas encore d'objet sexuel, elle est auto-érotique, et son but est déterminé par l'activité d'une zone érogène ».

Sexuelles aussi sont les satisfactions retirées de l'excitation des « zones érogènes anale et uréthrale » (plaisir provoqué par la rétention des excréments et de l'urine. Relations entre l'érotisme anal et certaines perversions de l'adulte. Relations entre les troubles de la miction et les troubles de l'éjaculation). Enfin, les organes génitaux sont, de la même manière, le point de départ de sensations hédoniques spécifiques (plaisir éprouvé par l'enfant à l'occasion des soins de propreté ou de contacts de hasard. Masturbation des nourrissons).

En somme, dès le premier âge, l'individu a éprouvé un véritable plaisir sexuel, alimenté par l'hédonicité des zones érogènes — ce qui fait dire à Freud que l'enfant est un « pervers polymorphe » : les perversions de l'adulte étant toutes contenues, en germe, dans les dispositions sexuelles de l'enfant.

Quant aux émotions et recherches sexuelles, elles représentent l'intervention dans la sexualité infantile de mécanismes plus hautement psychiques. Le jeune enfant est capable de ressentir des sentiments amoureux indiscutables (enquête de Sanford Bell ; observations personnelles de Freud et de ses élèves). De plus, on découvre chez lui des « tendances partielles », indépendantes de l'activité sexuelle des zones érogènes, en rapport avec la recherche d'un objet sexuel. Il s'agit de tendances « qui poussent les enfants à être des voyeurs et des exhibitionnistes, ainsi que de la tendance à la cruauté ».

Nous avons passé en revue, très rapidement et de façon certainement incomplète, les composantes diverses de l'instinct sexuel infantile. Pour aussi désordonnées qu'elles semblent être, elles obéissent à une évolution déterminée, qui aboutira à donner à l'instinct sexuel son état définitif, en stabilisant, en quelque sorte, la « libido » (1).

Cette évolution fait passer la sexualité de l'enfant par plusieurs phases, correspondant à des organisations sexuelles qualifiées de « prégénitales » (car l'hégémonie des organes génitaux ne s'est pas encore affirmée). La première de ces organisations sexuelles est dite « orale » ou « cannibale » (parce que « l'activité sexuelle n'est pas séparée de la préhension des aliments »). Elle est caractérisée par la fixation de la libido aux sensations hédoniques des zones éro-

(1) La libido est définie par Freud en ces termes : Analogue à la faim en général, la libido désigne la force avec laquelle se manifeste l'instinct sexuel, comme la faim désigne la force avec laquelle se manifeste l'instinct d'absorption de nourriture.

gènes buccale et labiale. L'action de sucer (le sein maternel, d'abord, puis des parties de son propre corps : tous les enfants sucent leur doigt) représente le mouvement sexuel prédominant.

Vient ensuite l'organisation sadico-anale. Deux sortes de tendances vont maintenant s'affronter : des tendances sadiques et des tendances passives. L'érotisme de la zone anale, caractérisé entre autres par un certain plaisir tiré de la rétention des excréments, oppose un élément actif (désir de possession conditionné par la force musculaire) à l'élément passif constitué par le rôle érogène dévolu à la muqueuse anale.

Enfin, la sexualité infantile, avant la période de latence (c'est-à-dire avant cinq ou six ans) passe par une phase d'érotisme génital, ou phallique.

Les trois organisations précédentes sont auto-érotiques : c'est-à-dire que l'objet sexuel fait partie intégrante du corps du sujet (Freud appelle « objet sexuel » « la personne qui exerce un attrait sexuel » et « but sexuel » « l'acte auquel pousse l'instinct »). Or le développement ultérieur de la libido poursuit deux buts, dit Freud : « 1° Renoncer à l'auto-érotisme, remplacer l'objet faisant partie du corps même de l'individu par un autre qui lui soit étranger et extérieur ; 2° unifier les différents objets des différentes tendances et les remplacer par un seul et unique objet. Ce résultat ne peut être obtenu que si cet objet unique est à son tour un corps complet, semblable à celui de son propre corps. Il ne peut être également obtenu qu'à la condition

« qu'un certain nombre de tendances soient éliminées comme inutilisables ».

Avant la période de latence, entre deux et cinq ans, le choix de l'objet unique se trouve réalisé par l'intervention de l'Œdipe-complexe, qui donne à la mère le rôle d'objet sexuel. Mais ce n'est là qu'un choix temporaire ; après les années de latence et l'éclosion de la puberté, la sexualité trouve sa raison d'être définitive dans l'élection d'un véritable objet extérieur, généralement représenté par la femme étrangère à la famille qui inspirera, à l'avenir, les sentiments amoureux.

La formation du complexe d'Œdipe représente donc la première organisation hétéro-érotique. Dans ses premiers ouvrages, Freud la faisait dériver, directement, de l'unification sur un même objet extérieur des différentes composantes de l'instinct. Ultérieurement, il a intercalé entre la phase de prédominance phallique, auto-érotique, et la phase d'allo-érotisme œdipien, une phase « narcissique » : c'est le « moi », nouvellement constitué de l'individu qui devient le centre de convergence des tendances sexuelles. Il faut séparer ce narcissisme — qui se traduit par de véritables émotions amoureuses — de l'auto-érotisme qui ne connaît que les sensations de plaisir attachées aux zones érogènes.

Nous voici arrivés au problème de l'Œdipe-complexe, pour l'explication duquel nous avons entrepris de donner un bref exposé des théories freudiennes de la sexualité infantile. Nous avons vu qu'un grand pas vers la sexualité normale de l'adulte était ac-

compli lorsque les tendances de l'instinct sexuel abandonnaient leurs objets divers et se rassemblaient pour rechercher un objet extérieur unique. La théorie de l'Œdipe-complexe prétend que ce premier objet sexuel est la mère pour l'enfant mâle, et le père pour la fille ; en même temps une jalousie intense, et un certain ressentiment se développent pour l'autre parent. En somme, il y a eu, dans l'évolution affective de tout enfant, des tendances incestueuses, et des idées de parricide. Cette situation psychique, de prime abord exceptionnelle, rappelle beaucoup la situation, elle objective et matérielle, réalisée dans la légende grecque du roi Œdipe. On sait en effet que le héros thébain, au cours de ses multiples aventures, est conduit par une étrange fatalité à tuer son père, et à épouser sa mère — et cela, « en tout bien tout honneur », pourrait-on dire, car il ignore absolument la véritable identité de l'homme qu'il a tué, et de la femme qu'il a épousée. Lorsqu'il apprend la vérité, il se punit en se crevant les yeux.

De la lecture de « l'Œdipe-Roi » de Sophocle, qui atteint dans ce court chef-d'œuvre les limites extrêmes de l'art tragique, Freud tire plusieurs remarques. Cette enquête « artificiellement retardée et toujours ranimée à la faveur de nouveaux indices », qui doit aboutir aux révélations définitives, il la compare aux méthodes hésitantes et souvent incertaines dans leur progression de la psychanalyse. Il relève, dans les arguments passionnés de Jocaste, la mère-épouse, lorsqu'elle essaie de convaincre Œdipe de renoncer à l'enquête, le passage suivant : « Cessez de

« redouter votre union incestueuse, avec celle qui
« vous donna le jour. Combien d'hommes en songe
« ont partagé la couche de leur mère. Ceux qui
« comptent pour rien ces vaines idées coulent des
« jours plus heureux » (1). C'est pour Freud très
intéressant. A l'inverse de Jocaste, il prend, lui, les
rêves en considération. Et ces paroles qui affirment
la grande fréquence des rêves incestueux indiquent
bien la généralité, la vulgarité, que l'on doit attribuer
aux idées incestueuses inconscientes.

D'autre part, Freud qui sait fort bien les attaques
violentes dont ses théories sur l'Œdipe-complexe ont
été l'objet, trouve étrange cette passivité admirative
avec laquelle les auditeurs accueillent la tragédie de
Sophocle. A ce propos, il faut remarquer l'attitude
que prend le maître de Vienne lorsqu'il défend un
point de son système. Il fait état de chaque polém-
ique engagée, il cite les arguments de ses contra-
dicteurs, et il essaie de trouver justement dans les
raisons de ces arguments une nouvelle preuve du
bien fondé de ses hypothèses.

Dans « l'Introduction à la Psychanalyse », il écrit :
« Ecoutez ce petit fait divers qui s'est produit au
« cours de la dernière guerre. Un des vaillants par-
« tisans de la psychanalyse est mobilisé comme mé-
« decin quelque part en Pologne, et attire sur lui
« l'attention de ses collègues par les résultats inat-
« tendus qu'il obtient sur un malade. Questionné, il
« avoue qu'il se sert des méthodes de la psychana-

(1) Sophocle. *Œdipe-Roi*, acte IV, scène III.

« lyse et se déclare tout disposé à y initier ses col-
« lègues. Tous les soirs, les médecins du corps, col-
« lègues et supérieurs, se réunissent pour s'instruire
« dans les mystérieuses théories de l'analyse. Tout se
« passe bien pendant un certain temps, jusqu'au
« jour où notre psychanalyste en arrive à parler à
« ses auditeurs de l'Œdipe-complexe : un supérieur
« se lève alors et dit qu'il est inadmissible qu'on ra-
« conte de ces choses à des braves gens, pères de
« famille, qui combattent pour leur patrie. Et il
« ajoute qu'il interdit désormais toute conférence sur
« la psychanalyse ». — Et plus loin on trouve : « Il
« est étonnant que la tragédie de Sophocle ne pro-
« voque pas chez l'auditeur le moindre mouvement
« d'indignation, alors que les inoffensives théories de
« notre brave médecin militaire ont soulevé une ré-
« probation qui était beaucoup moins justifiée ».

Revenons aux circonstances qui déterminent l'apparition d'un complexe incestueux, au sein du psychisme infantile. La mère, avons-nous dit, devient l'unique objet sexuel. Freud attire l'attention sur ce fait que la mère avait déjà servi d'objet, dès l'orée des investigations sexuelles du nourrisson, lorsque la succion du mamelon était pour lui le centre même de la vie et du plaisir. Mais ce n'était pas de la même manière — car au moment du complexe d'Œdipe, la mère est pour l'enfant un objet d'amour, et « nous parlons notamment d'amour lorsque les tendances psychiques de l'instinct sexuel viennent occuper le premier plan, alors que les exigences corporelles ou « sensuelles » qui forment la base de cet instinct sont

refoulées ou momentanément oubliées. A l'époque où la mère devient un objet d'amour, le travail psychique du refoulement est déjà commencé chez l'enfant, travail à la suite duquel une partie de ses buts sexuels se trouve soustraite à la conscience ».

Ce sont les nombreuses psychanalyses d'individus atteints de psycho-névrose qui ont suggéré à Freud cette notion primordiale de l'importance psychologique des fixations affectives remontant à la petite enfance. Il s'est alors adonné à l'étude minutieuse des réactions infantiles. Le résultat de ses observations personnelles, de celles de ses élèves, et des enquêtes qu'il a fait mener un peu dans tous les milieux, a été de constater des vérifications multiples de sa théorie de l'Œdipe-complexe. Le petit garçon répugne à se séparer de sa mère, « il veut l'avoir pour lui tout seul », il boude, et manifeste son mécontentement lorsque le père intervient et l'empêche d'accaparer la mère. Il est heureux lorsque le père est absent. « Il exprime souvent de vive voix ses sentiments, promet à la mère de l'épouser ». Il voudrait accompagner sa mère partout, et des scènes éclatent lorsqu'elle ne veut pas l'emmener, ou qu'elle reste trop longtemps dehors.

On pourrait dire qu'il s'agit là — uniquement d'égoïsme, et d'attachement intéressé à la personne qui subvient à tous ses besoins. Pour Freud, il existe en plus de cet égoïsme une véritable poussée érotique. « Lorsque l'enfant manifeste à l'égard de la « mère une curiosité sexuelle peu dissimulée, lorsqu'il insiste pour dormir la nuit à ses côtés, lors-

« qu'il veut à tout prix assister à sa toilette et use
« même de moyens de séduction qui n'échappent pas
« à la mère, laquelle en parle en riant, la nature
« érotique de l'attachement à la mère paraît hors de
« doute ».

D'ailleurs, on observe fréquemment, que lorsqu'il y a, dans la famille, un petit garçon et une petite fille, la mère attire beaucoup moins la seconde : le personnage important pour elle, c'est le père, et « la tendre affection pour le père, le besoin d'écarter la mère dont la présence est considérée comme gênante, une coquetterie qui met déjà en œuvre les moyens dont dispose la femme, forment chez la petite fille un charmant tableau qui nous fait oublier le sérieux et les graves conséquences possibles de cette situation infantile ».

Cette attirance éprouvée par l'enfant pour le parent de sexe opposé, ce ressentiment plus ou moins avoué qu'il manifeste pour le parent de même sexe sont sujets à bien des variations d'intensité, et parfois apparaissent des états affectifs paradoxaux : c'est ainsi que le petit garçon, normalement jaloux du père, passe par des périodes où il se rapproche de lui, l'admire, et lui prodigue des marques d'affection : cette attitude « ambivalente » qui aboutirait à de graves conflits intérieurs, chez l'adulte, serait propre au psychisme infantile, qui la supporterait sans mal.

Le complexe affectif que nous avons jusqu'à présent envisagé peut être appelé l'Œdipe-complexe type. Dans certains cas, il s'élargit en complexes familiaux et parentaux : en particulier, lorsque nais-

sent d'autres enfants : des situations nouvelles sont ainsi créées, la mère négligeant le premier né, qui peut, dans ces conditions, reporter son affection sur l'autre parent, et garder à la mère une rancune durable. Ou bien, lorsqu'il y a plusieurs enfants, s'élaborent de véritables « complexes de la nursery », la mère étant souvent remplacée, comme objet d'amour, par l'une des sœurs — toutes les passions, avec leurs enthousiasmes et leurs revirements, étant possibles, dans ce petit monde animé d'une vie affective intense.

Il est bien entendu que, dans la majorité des cas, ces tendances incestueuses écloses dès la première enfance, ne vont pas subsister comme telles dans le psychisme. Et nous verrons que la dérivation et la transformation de ces tendances jouent un rôle essentiel dans les modifications psychologiques caractérisant la période de latence et la puberté. Néanmoins, il persiste comme un souvenir très lointain de ces désirs sexuels familiaux. Et comme la société actuelle n'a pu se développer qu'en proscrivant absolument l'inceste, on comprend l'importance primordiale attachée à sa prohibition, dans les organisations sociales les plus primitives — notion sur laquelle Freud a insisté, dans « Totem et Tabou ». Quelle est, en effet, la loi générale et exclusive qu'on retrouve à la base du système totémique — qui représente, pour certaines tribus australiennes, l'ensemble des institutions religieuses et sociales : c'est que « les membres d'un seul et même totem ne doivent pas avoir entre eux de relations sexuelles, par consé-

quent ne doivent pas se marier entre eux ». L'inceste est considéré comme le plus grave des crimes ; certaines peuplades l'ont tellement en horreur qu'ils le punissent même chez les animaux domestiques. Si les prescriptions visant l'inceste sont aussi rigoureuses, s'il existe chez ces sauvages une véritable phobie des rapports sexuels consanguins, c'est qu'ils admettent la possibilité « naturelle », pourrait-on dire, du crime qu'ils abhorrent : c'est qu'ils ont eu plus ou moins conscience de ces penchants instinctifs, qui, au premier âge, les ont si violemment poussés vers leur mère ou leur sœur. Tous les enfants, entre deux et cinq ans, passent par la phase psychosexuelle du choix de l'objet maternel. Mais les tendances œdipiennes auront un devenir bien différent, suivant qu'il s'agira d'un individu normal, ou d'un futur névropathe.

Dans le premier cas, dès la période de latence, un processus général d'inhibition va atteindre les diverses formes de l'activité sexuelle infantile. En particulier, sous l'influence des préceptes moraux, inculqués par les éducateurs, et grâce à l'apparition des contraintes de la pudeur et des impressions de dégoût, le complexe d'Œdipe subit un refoulement progressif. Tout ce qui est incestueux est balayé hors du champ de la conscience claire — tandis que se développent en prenant la première place, les sentiments de tendresse familiale pure à l'égard des parents. Le ressentiment obscur contre le père tend à disparaître : en effet le jeune garçon l'admire de plus en plus, et obéissant au mécanisme psychique de

l'identification, il essaie de l'imiter en tout, après l'avoir pris comme modèle. A ce propos, Freud remarque : « Th. Reik a montré récemment dans un travail brillant que les rites de la puberté, qui existent chez les sauvages et qui représentent une résurrection, ont pour but de rompre le lien incestueux qui rattache le garçon à la mère et d'opérer sa réconciliation avec le père ».

En somme, les années de latence correspondent, dans l'évolution psycho-sexuelles, à la « liquidation » de l'Œdipe-complexe, qui doit quitter définitivement le domaine de la connaissance, pour que l'individu adulte conserve un psychisme normal. Mais cette liquidation n'est pas une disparition pure et simple : elle s'accompagnera de déviations et transformations des éléments refoulés, ce qui donnera naissance à des résidus « utilitaires » pourrait-on dire, des tendances œdipiennes, comme nous le verrons dans un instant.

S'il s'agit d'un enfant voué à la névrose, c'est le résultat de ces modifications affectives de la période de latence qui constitue le plus souvent l'origine même de la maladie mentale. Les mécanismes psychiques fondamentaux restent, d'ailleurs, les mêmes dans leur principe. Mais ils s'accomplissent de façon désastreuse, et leur but est manqué. Cela tient, pour une part, à la « fixation » trop énergique de la libido au premier objet sexuel : chez ces futurs névropathes, les dispositions affectives de la petite enfance connaissent un maximum d'intensité — expliqué dans certains cas par les particularités de la consti-

tution sexuelle héréditaire. Par exemple, la deuxième composante de l'Œdipe-complexe, c'est-à-dire la sourde hostilité à l'égard du père, pourra s'amplifier au point de donner naissance à une véritable haine, accompagnée de réactions objectives plus ou moins violentes, et de souhaits de mort. Et ce sont justement pour ces tendances instinctives exagérées que se produisent ces « refoulements ratés » dont nous avons parlé plus haut. Mal refoulés, les désirs incestueux et les haines parentales n'attendent qu'une occasion pour accaparer l'activité psychique consciente, sous forme de symptômes morbides, nés du conflit qui oppose des éléments inconscients trop puissants à une censure débordée. Le mécanisme de la « régression », cher aux Freudiens qui voient dans les psycho-névroses une sorte de retour aux conditions psycho-sexuelles de la vie infantile, intervient pour donner de l'importance aux événements du passé qui ont « fixé » le plus fortement les tendances « libidineuses ». Parmi ces événements, on peut dire que la priorité appartient à ceux qui relèvent du complexe d'Œdipe, qui constitue, en dernier ressort, « la partie la plus essentielle du contenu de ces maladies » (1). Si bien que Freud affirme : « Tout être humain se voit imposer la tâche de vaincre en lui le « complexe d'Œdipe » ; s'il faillit à cette tâche, il sera un névropathe ».

Mais il ne faudrait pas croire qu'on est pour toujours délivré de l'Œdipe-complexe, parce qu'on a pu

(1) Les psycho-névroses.

le vaincre. Ses conséquences se traduiront, au cours de l'existence d'un individu dit « normal », par de véritables « effets-signes », c'est-à-dire par des états psychiques, des inclinations ou des impulsions dont l'origine inconsciente est représentée par les anciens éléments œdipiens refoulés — ou même par le reliquat des conflits affectifs qui ont abouti à la dissolution du complexe.

C'est ainsi que certains adolescents ne sont pas capables de se libérer, à la puberté, des sentiments excessifs d'attraction vers les parents — sentiments résultant directement de la dissolution du complexe, caractérisée par la transformation des rancunes parentales en affection et admiration. Au lieu de se soustraire peu à peu à l'autorité familiale et de s'émanciper — ce qui permettrait de mener une existence normale d'adulte et de jouer un rôle dans la société —, ils resteront, leur vie durant, exclusivement tournés vers les choses de la famille, la soumission aux parents et la tendresse qu'ils leur témoignent étant devenues le principe directeur de toute affectivité et même de toute activité. A ce propos, Freud remarque : « Il s'agit surtout de jeunes filles qui, à la grande joie des parents, restent attachées, bien au delà de la puberté, à l'amour filial plein et entier ; il est intéressant de constater que ces jeunes filles, quand elles viennent à se marier, ne sont pas en état de donner à leur mari tout ce qui leur est dû — ce seront des épouses froides, et elles resteront sexuellement insensibles ».

D'autre part, lors des premières aventures amou-

reuses, il est fréquent de constater que les tendances incestueuses infantiles ont une influence indiscutable sur le choix de l'objet sexuel. En effet, le jeune homme s'éprend souvent d'une femme âgée — retour inconscient aux anciens sentiments d'amour pour la mère — et la jeune fille est attirée par les hommes d'âge mûr, qui lui rappellent le père. De plus, la bonne harmonie des liaisons sentimentales et l'équilibre de la vie sexuelle dépendent au premier chef des rapports affectifs qui ont existé jadis entre l'enfant et les parents : « Ainsi, la jalousie des amants a sans doute ses racines dans les expériences de l'enfance ou du moins elle est renforcée par elles ».

Il ne nous reste plus à envisager que le rôle dévolu par Freud au complexe d'Œdipe dans le déterminisme de certaines formations psychiques supérieures, notamment l'art, la morale et la religion. Nous le ferons très rapidement, et nous renvoyons pour plus de détails aux innombrables travaux des disciples de Freud, qui traitent de cette question.

Ces formations psychiques supérieures peuvent être assimilées à des produits de transformation des tendances sexuelles, et cela par l'intermédiaire de la « sublimation », qui détourne ces tendances de leur but sexuel primitif pour les appliquer à d'autres buts non sexuels. Il s'agirait là d'un processus de transfert « précis et spécifique », dont l'individu n'aurait pas conscience. Le mécanisme de la sublimation intervient, évidemment, pour faire naître à partir des composantes refoulées du complexe d'Œdipe, diverses créations artistiques. Et, dans l'introduction à

la psychanalyse, nous relevons cette phrase : « Otto Rank a montré, dans un livre méritoire, que les dramaturges de tous les temps ont puisé leurs matériaux principaux dans l'Œdipe-complexe et dans le complexe de l'inceste, ainsi que dans leurs variations plus ou moins voilées ».

Quant aux origines de la religion et de la morale, il ne faut pas s'étonner de les trouver dans la solution du même complexe infantile. En effet, lors des réactions de la période de latence, l'enfant, qui a nourri contre le père des intentions criminelles, éprouve un sentiment de remords, ce qui fait dire à Freud que « c'est l'Œdipe-complexe qui a suggéré à l'humanité dans son ensemble, au début de son histoire, la conscience de sa culpabilité, cette source dernière de la religion et de la moralité ». Dans son « Totem et Tabou », il a voulu prouver que toutes les religions sont nées du totémisme, premier système social, basé sur la prohibition de l'inceste et l'exogamie : « La religion totémique est résultée de la conscience de leur culpabilité qu'avaient les fils, comme une tentative destinée à étouffer ce sentiment et à obtenir la réconciliation avec le père offensé par une obéissance rétrospective. Toutes les religions ultérieures ne sont qu'autant de tentatives faites en vue de résoudre le même problème, tentatives qui varient selon l'état de civilisation qui les a vues naître et ne diffèrent les unes des autres que par la direction qu'elles ont suivie pour trouver cette solution : mais toutes représentent des réactions contre

le grand événement par lequel la civilisation a débuté, et qui depuis lors n'a pas cessé de tourmenter l'humanité ».

Nous arrêterons, sur ces considérations freudiennes ayant trait à la religion, notre exposé très succinct de la question de l'Œdipe-complexe. Nous n'avons pas eu la prétention d'être complet : le sujet a été étendu à l'infini, par les travaux des psychanalystes. D'autre part, Freud lui-même a modifié à plusieurs reprises ses théories. Nous ne reviendrons plus sur les applications extra-médicales de la notion du complexe incestueux. Raison pour laquelle nous disons tout de suite que cette partie de l'œuvre freudienne a soulevé les plus violentes controverses, et cela de la part de bien des auteurs qui ont cependant reconnu l'utilité et la valeur pratique de certains points de vue originaux introduits par le professeur viennois, en psychologie et psychiatrie. Car, dès qu'il veut appliquer ses idées de base aux grands problèmes méta-psychologiques et philosophiques, il n'avance plus que par hypothèses successives que n'appuient pas des faits et il aboutit ainsi à des systèmes et des constructions tout à fait théoriques, qui ne s'imposent nullement, et qu'il défend avec intransigeance (en particulier, ses conceptions sur les religions, auxquelles les philosophes contemporains les plus compétents n'accordent aucune valeur). Ce sont les rapports qui existent entre le complexe d'Œdipe et les maladies mentales qui vont faire l'objet de la deuxième partie de ce travail. Pour cela, nous étu-

dierons en détail trois observations de psycho-névroses, venant d'auteurs différents. Et nous essayerons d'analyser les cas de complexe d'Œdipe qu'elles rapportent en utilisant le moins possible certaines notions trop particulières de l'exposé précédent.

CHAPITRE II

ANALYSE DE TROIS OBSERVATIONS DE COMPLEXE D'ŒDIPÉ

Nous allons examiner plusieurs observations de psycho-névroses, renfermant des cas plus ou moins nets de complexes d'Œdipe. Plusieurs psychiatres classiques, lorsqu'ils admettent un état évident de complexe, ont tendance le plus souvent à le considérer comme un épiphénomène, greffé sur une névrose ou une psychose en évolution. C'est là un point de vue qui nous amène dès maintenant à envisager une notion primordiale dans l'étude des psycho-névroses : celle de la séparation de l'affection mentale elle-même et de son contenu.

Cette distinction n'a rien d'un paradoxe. On s'en rend bien compte en constatant, par exemple, que les maladies mentales peuvent être classées et étudiées, comme une maladie ordinaire, d'après des règles nosographiques — tandis que les symptômes morbides présentés par chaque malade échappent à toute classification, leur caractère principal étant justement une certaine originalité dans un domaine proprement individuel. C'est-à-dire qu'il peut être

intéressant d'isoler *à priori*, et au moins pour des raisons didactiques, la psychologie d'une névrose ou d'une psychose — ce qui ne signifie pas, d'ailleurs, qu'il y ait une séparation fondamentale, une opposition entre cette psychologie et l'affection elle-même — car nous aborderions la question passionnément discutée de l'étiologie psychogène des syndromes mentaux ; nous la retrouverons plus loin. Nous constatons simplement que dans une psychonévrose bien définie, rattachée à un type classique, on ne peut nier l'existence d'une part psychique pure — qu'il s'agisse d'idéations ou d'états affectifs.

La définition du type de la psycho-névrose, la découverte d'une étiologie, la recherche de la pathogénie — dans un domaine somatique ou psychique, d'ailleurs — les caractères cliniques objectifs constituent, en somme, une partie très importante de l'étude de la maladie. Seulement, il s'agit d'une maladie mentale, ainsi nommée justement parce que c'est le psychisme qui est atteint. Pourquoi donc ne pas s'occuper des formations psychiques en elles-mêmes ? Mais qui dit psychisme dit individualité. Rien n'est plus personnel qu'une idée ou qu'un état affectif ; pour les étudier, il ne faudra plus songer à un déterminisme « extérieur ». L'emploi de procédés de type scientifique, faisant intervenir des séries et des lois, ne saurait être, par définition, d'aucun secours. Le psychisme, à un instant donné, ne peut être considéré qu'en fonction du psychisme antérieur ; c'est-à-dire qu'on doit pénétrer dans la vie intime du sujet, reconstituer si c'est possible son histoire af-

fective, et relier des formations psychologiques par une trame psychologique.

Il est bien entendu qu'on traitera de cette manière les symptômes morbides uniquement pour ce qui est de leur « sens » présumé. Ce qui n'implique pas, loin de là, que la maladie mentale trouve sa cause dans ces troubles de l'évolution psychologique : dans une psycho-névrose à étiologie infectieuse indiscutable, on peut s'intéresser à la causalité psychique d'un symptôme psychique. Soit un toxique, qui par son action sur ces centres nerveux a déterminé un trouble pathologique. Ce sera, évidemment, par l'intermédiaire d'une lésion de la substance noble. Entre le toxique, matériel, et la lésion, matérielle — qu'elle soit objectivement organique, ou étiquetée fonctionnelle — il y a causalité directe dans un « champ » qui est celui de la matière. Mais entre cette lésion et la représentation idéale pathologique, s'il y a, évidemment, causalité, elle n'est plus directe ; car nous ne sommes plus dans le champ de la matière mais bien dans celui de l'esprit. La difficulté est grande pour passer de l'un à l'autre ; raison pour laquelle on discute depuis si longtemps sur le mécanisme intime des maladies mentales et raison pour laquelle, lorsqu'on s'occupe de la signification d'un symptôme psychique, on abandonne le côté organique du problème, pour considérer son côté purement psychique ; on opère alors dans un champ psychique, avec des moyens psychiques... Le principe de toute étude n'est-il pas avant tout dans la comparaison et l'établissement de rapports entre objets de même nature ?

La distinction entre les névroses et les psychoses et leur contenu permettra de concevoir, dans leur étude, un temps de recherche analytique et associative, s'adressant au sens des symptômes — et cela aussi bien lorsqu'on reconnaît l'origine somatique de la maladie, que lorsqu'on veut trouver sa cause première dans un conflit psychique. On a l'impression que certains auteurs n'ont pas séparé les considérations précédentes des théories freudiennes de l'étiologie psychique des psycho-névroses — ce qui a prolongé bien des malentendus. Le fait de chercher à « raccrocher » une idée pathologique à une autre idée, ou à des représentations affectives, ou à des tendances et des instincts, plus ou moins conscients actuellement, est essentiellement différent du fait de considérer qu'une tendance ou une habitude enfantine refoulées ont créé, de toutes pièces, une maladie mentale. Or, c'est uniquement cette dernière théorie qui fait l'originalité des conceptions freudiennes.

Car (nous empruntons à Dalbiez le passage suivant) : « ce point de vue du contenu des névroses et « des psychoses n'a pas été découvert par Freud. « Il lui est antérieur. Comme Janet le fait remar-
« quer très justement à propos des « idées fixes de
« forme hystérique », l'idée du trouble psychogène
« a été lancée par Brodie dès 1837 et surtout par
« Russel Reynolds en 1869. Un point de vue ana-
« logue fut développé par Erb en 1878. Breuer étu-
« dia en 1881-1882 un cas d'hystérie qu'il ne publia
« que beaucoup plus tard, en 1895, et qui le con-
« duit à une conception psychogène de l'hystérie.

« Charcot, dans ses leçons de 1884-1885, émit l'hypothèse que les paralysies hystériques dépendaient de représentations. Mobius, en 1888, adopta cette conception. En 1889, Janet la reprit avec éclat dans sa fameuse thèse sur l'Automatisme psychologique, en précisant que ces représentations étaient subconscientes ».

Nous avons cru qu'il était utile d'insister sur ces données, avant d'étudier certaines observations de psycho-névroses — et nous nous servirons de la distinction entre la maladie et son contenu pour établir les relations du complexe d'Œdipe avec l'ensemble des symptômes.

OBSERVATION N° 1

CLAUDE (H.), CEILLIER, FRIBOURG-BLANC : « Syndrome obsessionnel polymorphe avec complexe d'Œdipe et troubles de l'équilibre vago-sympathique » (*Annales médico-psychologiques*, mai 1923).

(Nous donnons, de cette observation, le résumé qui figure dans l'ouvrage de MM. FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER : « La Pratique Psychiatrique dans l'Armée »).

C'était un soldat de 20 ans, atteint d'agoraphobie, d'impulsions irrésistibles aux éclats de rire immotivés, d'affaiblissement sexuel et d'asthénie physique et psychique. Sa famille comportait deux cousins germains internés, un grand-père excentrique, un père violent, une mère neurasthénique ayant fait plusieurs tentatives de suicide. Fils unique, il avait toujours été peureux, timide et scrupuleux. Dans sa profession de commis épicier, il s'était montré douteur, craignant les erreurs. Triste et préoccupé de sa santé, il faisait facilement du mentisme.

A 19 ans, il eut de rares rapports sexuels, qui avaient été précédés de masturbation fréquente vers 12 et 13 ans.

Quoique sa partenaire fut une amie de toujours et qu'il eut pour elle une inclination sentimentale certaine, chaque coït était l'occasion d'angoisse avec crainte du ridicule, de l'impuissance et même répugnance à l'acte.

Sachant que le complexe d'Œdipe est fréquent dans les cas d'impuissance avec dégoût, le malade fut discrètement interrogé dans ce sens. Il fit ressortir spontanément le complexe, qui ne se cachait *sous aucun symbole*.

Il savait qu'il aimait beaucoup sa mère, « une belle personne très bien et très jeune » disait-il, mais n'avait pas compris le caractère incestueux de son affection, qui apparaissait cependant nettement dans le subconscient.

Il rêvait en effet presque toutes les nuits de sa mère, se voyait heureux auprès d'elle et il eut même l'illusion du coït (chaque fois perte séminale). Il n'en éprouva d'ailleurs aucun dégoût, s'étonna seulement de ce rêve « très drôle ».

Enfin X... déclarait qu'il n'avait pas pour son père la même affection que pour sa mère. Il en était jaloux. La mort de sa mère fut pour lui un très gros choc. Au cours des jours qui la précédèrent il avait eu à plusieurs reprises des éclats de rire irrésistibles ; un fou rire identique s'était produit au cours de l'enterrement. Ce fut, enfin, seulement après la mort de sa mère qu'il eut la liaison dont nous avons parlé, qui lui donna plus d'assurance. Il eut moins de doute et de scrupules. En somme, il s'était agi jusque là d'un psychasthénique avec tendance au mentisme, palpitations, tachycardie, éructations fréquentes, etc..., mais sans obsession, ni phobie véritable, les premières impulsions ayant été des éclats de rire sans motif.

Au régiment, la scène changea, il se sentit délaissé et dépaycé. Il devint nosophobe. Puis, une lipothymie s'étant produite dans la rue, il devint agoraphobe ; à l'hôpital, il ne sortait que difficilement dans le jardin. Cet état s'aggrava, toute sortie devint impossible, car

l'anxiété apparaissait dès qu'il s'habillait. Il réussit cependant, étayé par des camarades à venir jusqu'à Paris en permission, mais il osait à peine sortir, rasait les murs et ne traversait jamais les places.

Ce fut au cours de ce voyage qu'il fut examiné par l'un de nous, avec MM. Claude et Ceillier. Emotif, il pâlisait et rougissait tour à tour, très ému chaque fois que le souvenir de sa mère était évoqué. Au cours de l'examen, il fut plusieurs fois pris d'un fou rire irrésistible.

Il présentait un réflexe oculo-cardiaque très exagéré ; le pouls passait de 105 à 42, soit — 63. Il avait des troubles digestifs à type vagotonique, du clapotement gastrique et du gargouillement iliaque droit. Mais il s'associait à cela des troubles d'ordre sympathique : mydriase, tachycardie, vertiges. Tous ses réflexes étaient normaux. Psychiquement, son découragement était profond ; l'agoraphobie persistait, il dormait mal et des pertes séminales étaient pour lui un autre sujet de tourment.

Soumis au traitement belladonné, X... fut très amélioré. On vit disparaître les rêves incestueux et les pertes séminales. Sa confiance en lui renaissait et l'agoraphobie s'atténuait jusqu'à lui inspirer le désir de sortir. Les cessations du traitement furent chaque fois suivies à courte échéance de reprises des accidents anxieux, des malaises et des pollutions nocturnes.

La belladone modifiait le R. O. C. qui diminuait dans de très notables proportions, tandis que la tension artérielle et l'indice oscillométrique se relevaient.

Le malade X... était en somme atteint de syndrome obsessionnel polymorphe avec complexe d'Œdipe et troubles de l'équilibre vago-sympathique. Le caractère capital de son observation était l'association étroite des troubles sympathiques et du syndrome mental. Les per-

turbations vago-sympathiques expliquaient à la fois les troubles de l'émotivité, l'importance des traumas affectifs et la constitution du complexe érotique subconscient. A ce propos, on peut faire remarquer que la simple analyse psychologique, sans psychanalyse, permettait la mise en évidence d'émotions sexuelles plus ou moins conscientes et avait permis de dégager leur rôle dans la genèse des phénomènes ultérieurs.

Le choc émotif de la mort de la mère avait déclenché la plupart des phénomènes morbides observés depuis, et en particulier, le complexe d'Œdipe.

L'entrée au service militaire, en créant un nouvel état émotif, avait déterminé une deuxième série de troubles, agoraphobie associée aux vertiges, dépression étroitement liée au déséquilibre vago-sympathique. Cette constatation était essentielle au point de vue du traitement, car en rétablissant l'équilibre de base, elle permettait une efficacité beaucoup plus grande de la psychothérapie.

Nous avons choisi, pour l'étudier en premier lieu, l'observation précédente pour deux raisons : d'abord, pas de discussion possible sur l'existence — objective, pourrait-on dire — d'un complexe d'Œdipe. Ensuite, le titre même de cette observation semble accorder au complexe une certaine importance.

Les auteurs insistent dès le début sur l'évidence du complexe « qui ne se cachait sous aucun symbole ». Il n'attendait, semble-t-il, qu'un interrogatoire discret pour apparaître — et tout essai de méthode de recherche psychanalytique a pu être évité. Néanmoins, pour affirmer qu'il s'agissait d'un complexe affectif de tonalité sexuelle — c'est-à-dire d'un vrai

complexe d'Œdipe — l'étude des rêves du malade a été nécessaire. En effet, l'interrogatoire révélait simplement une affection vive pour la mère — affection la plus banale, la plus normale qui soit, du type « amour familial ». A noter peut-être, comme un peu équivoques, ses qualificatifs : « une belle personne, très bien et très jeune ». En réalité, ce sont les rêves qui découvrent les tendances incestueuses : il y eut plusieurs fois illusion de coït, et pertes séminales. Ceci est très important ; le vrai complexe incestueux était donc inconscient. La réaction d'un disciple de Freud serait immédiate ; il parlerait de refoulement typique, puisque les sentiments érotiques n'ont jamais filtré jusqu'à la conscience, mais qu'ils se manifestent assez régulièrement par l'illusion onirique. Dans ce cas particulier, d'ailleurs, la censure serait puissante, puisque, après ces rêves, le malade n'éprouve aucun dégoût, et « s'étonne seulement de ce rêve très drôle ».

Il semble donc impossible de contester l'existence de tendances affectives à caractère sexuel, visant la mère, dans le psychisme inconscient de ce sujet ; elles sont signées par les éléments du rêve — et il n'est pas besoin de faire intervenir la notion d'un refoulement, actif et dynamique, pour poser l'hypothèse de la présence de tendances dans un domaine inconscient de la vie psychique : en France, c'est ce qu'ont pensé beaucoup de psychologues après Pierre Janet. Mais il faut remarquer que le fait d'avoir eu, deux ou trois fois, des rêves de rapports sexuels avec la mère, ne permettrait pas de considérer que les

tendances incestueuses dominant l'affectivité du jeune malade : ce qui détermine l'hypothèse d'un complexe d'Œdipe prédominant, c'est surtout la répétition fréquente — presque toutes les nuits — de rêves où il voit sa mère, où il pleure et où « il se voit heureux auprès d'elle ».

D'autre part, lorsqu'on a été mis sur la voie d'un complexe d'Œdipe, par l'interrogatoire et l'analyse des rêves, on ne peut pas laisser passer certains détails de la vie du malade, qui paraissent un peu anormaux — non pas dans leur nature même, et leur qualité, pourrait-on dire, mais dans leur modalité et leur exagération ; nous voulons parler des émotions éprouvées par le malade à la mort de sa mère, et des manifestations auxquelles il s'est livré dans ces circonstances.

On a donc pu mettre en évidence, grâce à l'étude des rêves et de certaines modifications du comportement, la première composante du complexe, représentée par l'amour sexuel pour la mère. La deuxième composante, celle de la jalousie et du ressentiment pour le père, apparaît assez nettement dans les réponses du malade, et dans ce qu'il raconte de la vie familiale : « J'avais moins d'affection pour mon père, ce n'était pas le même genre ». Il avoue avoir été jaloux de son père, qui inversement aurait nourri un sentiment semblable à son égard. Il ne s'entend pas avec lui, et « a contre lui bien des griefs ».

En somme, les auteurs ont conclu à l'existence d'un complexe d'Œdipe en se basant avant tout sur l'argument subconscient, traduit par les rêves. Mais

le contenu de ces derniers était évident : les tendances incestueuses n'étaient pas travesties et il ne semblait pas exister de symbolisation — au fond, tout cela ne serait pas très intéressant pour un psychanalyste. Seulement, un psychanalyste objecterait qu'il y a certainement autre chose ; en particulier, il étudierait systématiquement tous les rêves notés par le malade — même les moins sexuels et les plus incohérents. C'est alors qu'il appliquerait la méthode d'analyse associative, et qu'il découvrirait des condensations, des déplacements et des symboles. Il reprocherait peut-être aux auteurs d'avoir examiné uniquement des rêves où, d'après la terminologie freudienne, le contenu manifeste est presque identique au contenu latent. En tout cas, il s'agit d'un complexe d'Œdipe « génital » — en voulant dire par là que les tendances incestueuses s'accompagnent de phénomènes génitaux : les éjaculations nocturnes, liées aux rêves. En effet, la plupart des complexes d'Œdipe rapportés par les auteurs freudiens ne s'accompagnent pas de manifestations génitales — et ce sont justement ceux-là qui ont soulevé des discussions sans fin ! On peut les qualifier de complexes « sexuels ». A ce propos, nous devons rappeler la distinction capitale qui existe entre le sexuel et le génital, dans la théorie freudienne de la sexualité. L'émotion sexuelle y est définie comme une émotion particulière, de tonalité spécifique, qui peut se concevoir sans sensations génitales. Elle est apte à provoquer des réflexes génitaux si rien ne s'y oppose. En appelant génital ce qui se rapporte de façon ob-

jective aux organes génitaux, on pourra dire que le sexuel peut donner, si toutes les circonstances le permettent, du génital.

Le complexe d'Œdipe étant, en quelque sorte, posé, nous allons essayer de dégager ses rapports avec l'étiologie et le contenu de la névrose.

Ce qui caractérise l'histoire clinique de ce malade, c'est l'association étroite de symptômes purement organiques et de symptômes psychiques.

Du point de vue organique, on relève : une enfance chétive, et jusqu'à la mort de sa mère : petits troubles divers, sous forme de malaises vagues, oppressions, palpitations, aigreurs d'estomac, éructations, digestions pénibles, céphalées. Après la mort de sa mère : des malaises plus importants : en particulier, douleurs gastriques post-prandiales, avec « sensation de serrement et de brûlure », de la diarrhée, avec « selles quelquefois un peu décolorées, parfois glairuses ». Salivation exagérée. A l'examen : « On est frappé chez ce malade par l'association étroite des troubles d'ordre sympathique (mydriase, pâleur, tachycardie fréquente, vertiges) et de ceux de nature vagotonique (troubles digestifs, sialorrhée, ralentissement du pouls à l'inspiration et au réflexe oculocardiaque). Les uns et les autres paraissent intimement liés, avec toutefois dans ce déséquilibre du système nerveux de la vie végétative une prédominance nette d'hypervagotonie ».

Du point de vue psychique, on note : avant la mort de sa mère : des scrupules lors de la première communion, absence de suite dans les idées et dans l'activité, tendance aux doutes, du mentisme (« un tas d'idées me passaient dans la tête, ça n'arrêtait pas »). De plus, « un rien l'inquiétait, le tourmentait ».

En somme, « avant la mort de sa mère, Marcel C... ⁽¹⁾ ne présentait, ni obsessions, ni phobies véritables, mais seulement un état d'asthénie physique et psychique avec doutes, scrupules, mentisme... Les troubles plus accusés n'apparaissent que plus tard, au régiment... et, lorsqu'il vient consulter à Sainte-Anne, c'est pour « des troubles névropathiques consistant principalement en obsessions et phobies (agoraphobie), en impulsions irrésistibles aux éclats de rire immotivés, en affaiblissement de la puissance sexuelle, enfin en asthénie psychique et physique. Il faut signaler que les antécédents héréditaires du malade sont loin d'être négligeables — en particulier, « la mère était très nerveuse, « neurasthénique », elle aurait voulu plusieurs fois se jeter par la fenêtre ».

Les notions de l'hérédité et du terrain, jointes à la constatation des signes de déséquilibre vago-sympathique, dominant, évidemment, le problème étiologique de l'affection mentale. Un psychanalyste, même persuadé du rôle psychogénétique des événements

(1) Le malade X..., de l'observation n° 40, de « *La pratique psychiatrique dans l'armée* » (Fribourg-Blanc et Gauthier), est le malade Marcel C... de l'observation de Claude, Ceillier, Fribourg-Blanc. Les passages cités entre guillemets sont tirés de cette dernière observation, parue dans les *Annales médico-psychologiques*.

affectifs, ne pourrait nier l'interdépendance étroite entre les troubles organiques de ce sujet et ses manifestations psychiques — qui se sont améliorées à chaque traitement belladonné. Remarquons à ce propos que Freud reconnaît la possibilité de névroses d'étiologie organique : il prétend seulement qu'il existe beaucoup de névroses d'origine purement psychique : et il ne s'occupe que de celles-là.

Nous n'insisterons pas sur l'importance qu'il faut accorder aux facteurs organiques et héréditaires, dans le développement des symptômes morbides : il s'agit de rapports évidents — et nous pouvons supposer que son étiologie n'est certainement pas déterminée par la notion unique d'un complexe d'Œdipe mal refoulé.

Arrivons maintenant à la question de la psychologie du trouble mental. Nous avons exposé plus haut ce qu'il fallait entendre par là. Malheureusement, si l'observation signale les objets de certaines phobies — en particulier, agoraphobie — et de quelques crises du type hyperémotif à tendance anxieuse, elle ne rapporte pas le contenu « manifeste » des obsessions multiples qui auraient encombré l'esprit du jeune malade. C'est pour ces obsessions qu'on peut poser le mieux, de la façon la plus catégorique, le problème du sens des symptômes. Il s'agit en effet d'idées parasites, le plus souvent tenues pour absurdes par le sujet lui-même ; ces idées ont d'autre part un caractère de discordance et d'étrangeté qui les rend particulièrement insupportables. Nous avons déjà dit que pour trouver le « sens » des symptômes

névrotiques, il fallait explorer la vie psychique antérieure, surtout la vie affective : n'est-il pas logique de tenir compte des événements et des représentations qui paraissent importants dans le domaine affectif — c'est-à-dire, dans le cas présent, du complexe d'Œdipe, important puisqu'un trauma affectif (la mort de la mère) montre en le « réactivant » qu'il prédomine dans le psychisme inconscient. En somme, les circonstances qui ont violemment agi sur l'émotivité, ont permis au complexe de se révéler. Essayons de le reconstituer dans le temps : on peut admettre, en effet, qu'il ne s'est pas formé « sur place », de toutes pièces, à l'occasion du choc émotif : celui-ci, à la rigueur, peut avoir déterminé le caractère sexuel du complexe, par imprégnation secondaire d'états primitivement affectifs — c'est là un mécanisme qui expliquerait, pour Pfister, la plupart des Œdipe-complexes rencontrés chez les névropathes.

Les attachements affectifs aux parents ont évidemment leur source dans la petite enfance — c'est surtout vrai pour la mère. Sans parler, à cette époque de la vie, de sexualité, on peut concevoir des modalités individuelles dans la tonalité de l'amour « filial ». Supposons, de quelque nature qu'elle soit, une fixation énergique de l'affectivité infantile sur la mère. Elle conditionnera au premier chef l'évolution des tendances et des instincts, des conflits qu'ils déterminent lorsqu'ils se heurtent à la réalité extérieure ; chaque étape des processus d'éducation — c'est-à-dire de la régularisation des forces instinctives

en vue de la vie sociale — ne sera obtenue qu'au prix d'incidents « intimes » plus ou moins désagréables, oubliés aujourd'hui — mais qui, forcément, ont laissé des traces dans le psychisme et qui marqueront d'autant plus qu'il existera des prédispositions organiques ou héréditaires. Lorsque l'enfant grandit, il est bien évident que les liens qui l'attachent à sa mère doivent se transformer ; son égoïsme en souffre, au début. Mais il arrive à s'adapter aux conditions nouvelles de la grande enfance, de l'adolescence ; on dit qu'il devient raisonnable et « qu'il comprend » : effectivement, il intellectualise son amour pour la mère, d'où l'établissement de considérations et de rapports qui permettent son « émancipation » et sa vie d'homme, hors du milieu familial. Pour chaque individu, la mère a donc constitué l'image centrale d'un complexe, c'est-à-dire de tout un ensemble de représentations affectives.

Freud prétend qu'il s'agit toujours d'affectivité sexuelle. Nous disons simplement que la tonalité affective de ces représentations nées dans la petite enfance peut être très différente de celle de l'amour filial conscient de l'homme qui a dépassé « l'âge de raison ».

Admettons qu'il existe, au plus profond de l'inconscient, des tendances de caractère équivoque : chez l'individu normal, elles se heurtent aux fonctions supérieures, conscientes, du psychisme et elles ne peuvent, à la rigueur — lorsque cette « tension psychologique », qui adapte notre esprit au réel, comme le veut Pierre Janet, se relâche momentanément.

ment — que colorer, après bien des transformations, le contenu baroque de certaines rêveries — ou passer, déguisées, dans les rêves. Dans le cas qui nous occupe, les tendances à caractère équivoque, du type complexe d'Œdipe, se sont développées en même temps qu'une maladie mentale. Le complexe lui-même, la force affective des représentations, leur caractère sexuel inconscient, ont certainement été influencés par elle : mais nous pouvons admettre qu'il préexistait une orientation de l'affectivité dans le sens de l'Œdipe-complexe suffisante, par exemple, pour expliquer le caractère, le « tempérament » du jeune homme, et certains détails de son comportement dans le milieu familial. Notre sujet présente, à un moment donné, des troubles psychiques, des obsessions en particulier. Supposons qu'il se plaigne d'une idée parasite précise. L'étude des rêves, et l'analyse psychologique mettent en évidence un complexe d'Œdipe plus ou moins conscient. On ne peut nier le rôle considérable qu'il a joué dans l'existence du malade — qu'il s'agisse de la vie de famille, désordonnée et difficile, des manifestations émotives et à l'occasion de la mort de la mère, des réactions « bacchiques » qui l'ont suivie, ou de la liaison amoureuse. Lorsqu'on veut découvrir le sens de l'idée discordante et absurde, la notion du complexe prédominant dans l'affectivité prend toute sa valeur comme nous l'avons exposé plus haut.

Dans le cas présent il faut remarquer la facilité de la découverte du complexe d'Œdipe. Le plus souvent, la mise en lumière des complexes affectifs in-

conscients qui déterminent la signification de certains symptômes névrotiques, est plus difficile. D'où, l'intérêt de la connaissance des procédés analytiques, à base d'associations psychiques, qu'emploient les psychanalystes.

OBSERVATION N° 2

Nous tirons cette observation d'un article de MM. H. CLAUDE et R. LAFORGUE paru dans *L'Evolution Psychiatrique* (ancienne série, t. I, p. 27-37) et intitulé « Sur la Schizophrénie et la constitution bipolaire du caractère schizoïde ».

Il s'agit d'un petit garçon de onze ans, qui « présente une série de symptômes du type « schizomaniac » , symptômes que nous avons pu réduire en majeure partie par la méthode psychanalytique, qui nous a permis de transformer notre petit malade, non seulement psychiquement, mais organiquement sans toutefois pouvoir faire disparaître certains indices d'une émotivité exagérée et susceptible d'exposer notre sujet à l'occasion de nouveaux conflits à de nouvelles manifestations pathologiques.

André B., âgé de onze ans, nous fut amené après avoir été l'objet de diagnostics divers. D'après les uns il s'agissait de chorée, d'après les autres de débilité mentale, confusion, enfin on avait parlé de démence précoce. Le petit malade présentait une excitation motrice extrême se traduisant par des secousses choréiques, une agitation continuelle et le besoin de se frotter, de se gratter la peau jusqu'au sang ; de sorte que sa tête et surtout sa poitrine étaient couvertes de croûtes. Il était difficile d'obtenir une réponse de lui et de comprendre son lan-

gage incohérent. Son regard était anxieusement fixé sur sa mère, qui l'accompagnait. Madame B. nous a fourni quelques renseignements sur son fils dont l'état l'inquiétait beaucoup. Il n'admettait jamais qu'elle se séparât de lui, ne fut-ce que pour aller quelques secondes dans une chambre voisine. Après des journées entières de mutisme il était pris de crises violentes où il proférait des menaces incohérentes contre sa mère. A d'autres moments, il répétait pendant des heures d'une façon stéréopique, les mêmes phrases, les mêmes gestes. Ou bien il posait des questions stupides, voulant savoir si un rapide marche plus vite qu'une mouche, si un grand aimant est plus fort que la Tour Eiffel, etc. Il était pris de crises violentes de jalousie lorsque sa mère parlait à une autre personne. Il arriva à un degré d'excitation tel que sa mère dut finalement renoncer à sortir. Elle fut complètement claustrée chez elle par son enfant qui prenait des colères terribles et faisait du scandale quand elle ne lui obéissait pas. Certes on pourra dire que la mère récoltait les résultats d'une éducation mal conduite, mais il y avait lieu de tenir compte des difficultés qu'elle aurait eu à surmonter. L'état du jeune A. B. était compliqué en effet par des manifestations gastro-intestinales se traduisant par des diarrhées soudaines et violentes, et par des désordres gastriques qui déterminaient un affaiblissement général de ses forces, et faisaient incliner la mère à l'indulgence.

Nous avons pensé que la fixation exagérée du malade à sa mère pouvait révéler l'existence d'un conflit affectif en rapport avec le complexe d'Œdipe, conflit que nous avons cherché à étudier psychanalytiquement, avec toute la prudence que réclame cette application.

A. est le cadet de deux enfants. Son frère aîné a sept ans de plus que lui. Il est fort et bien portant. Sa mère est très sensible, encline aux idées noires ; elle souffre

par moments de dépression. Elle a beaucoup gâté son petit André qui, surtout pendant la guerre, — son père était au front — était devenu en quelque sorte le centre du foyer. Du côté du père aucune anomalie ne nous a été signalée. A. aurait été de tout temps extrêmement susceptible. Etant tout petit il n'aimait déjà pas que sa mère s'occupât d'autres personnes que lui. De tous temps il avait manifesté une grande jalousie, même vis à vis de son père et de son frère.

Nous avons passé sept séances avec notre petit malade avant de pouvoir obtenir une réponse de lui. Ce n'est qu'à la huitième séance que pris d'une crise de larmes il nous a dit : « Je souffre tellement, je lutte contre le démon ». Puis il nous a avoué qu'il était continuellement poussé « vers les dames » et qu'il préférerait ne pas parler. Avec beaucoup de peine nous avons obtenu quelques renseignements sur ses préoccupations qui tournaient toujours autour de la même idée : savoir si un grand aimant a plus de force qu'un petit, si un grand drapeau flotte plus fortement dans le vent qu'un petit, si une locomotive marche plus vite qu'un bateau ou la Tour Eiffel.

Puis nous eûmes l'occasion d'observer les crises nerveuses qui s'emparèrent du petit malade chaque fois qu'il se trouvait en présence d'une femme. Il commençait à trembler, à frapper des mains, à sautiller, puis il émettait des sons particuliers comme des baisers qu'il aurait voulu donner dans l'air, finalement l'excitation devenait telle qu'il se ruait sur la femme en face de laquelle il se trouvait, lui caressait les bras qu'il embrassait, se pressait contre elle et faisait des gestes de masturbation. Cette excitation pouvait continuer pendant des heures, même alors qu'il était seul et c'est dans ces moments là qu'il se grattait la peau, surtout à l'endroit des organes génitaux, de la poitrine ou de la tête. Au

cours d'une crise pareille il nous raconta qu'il se sent poussé à toucher les parties sexuelles, « le binet » des dames, lequel terme « binet » (du mot cabinet) voulait dire dans son langage : région des jambes et des organes génitaux. C'est le démon qui le pousserait à le faire, c'est plus fort que lui, surtout quand il doute de l'amour de sa maman pour lui. Car, dit-il, d'un docteur on peut se lasser, mais jamais d'une maman. Puis survient une grande scène pour savoir si sa mère l'aime vraiment ou non, s'il peut oui ou non la forcer à l'aimer, etc... et, point important : il voudrait qu'elle le caressât comme il a envie lui-même de la caresser : « des baisers, oui, et toucher au binet ». Cette affectivité vibrante qui se manifeste si positivement envers les « dames » se traduit d'une façon négative par une hostilité froide et glaciale vis à vis de l'homme.

Il nous avoua par la suite qu'il pense continuellement au suicide tellement il se sent poussé à faire du mal à son papa. C'est la première fois qu'il mentionna son père et cela après plusieurs mois de traitement. Naturellement c'est le démon qui le pousse à faire du mal à son père. Cette hostilité se traduit également à notre égard et nous avons toutes les peines du monde à lui faire avouer ses pensées. Pour arriver à ce but, nous avons même été obligés d'employer un stratagème. Nous avons remarqué qu'il souffrait surtout à l'idée que quelqu'un pourrait le trouver faible. Aussi lui avons-nous expliqué que dire toutes ses pensées, c'est faire preuve de courage et de force ; aussi pour ne pas paraître faible A. a fini par nous parler.

Il nous a conté sa malheureuse vie de souffrances et de luttes continuelles : « Parfois, quand je m'imagine que tout va bien, que je suis aimé par maman, *grand comme la Tour Eiffel, rapide comme une locomotive qui*

fait du cent à l'heure, alors tout va bien, je me sens heureux et je ris.

« Mais parfois c'est un mal intolérable, je ne peux pas y penser et je me frappe la tête pour chasser ces idées qui reviennent toujours, parfois je me dis que je suis comme un *grillon* à côté du *papillon*, que maman se moque de moi et puis c'est le doute. Dans ces moments-là je me dis : « Il faut que tu n'aimes que toi-même, il faut que tu te dises : tant pis les autres, tu ne peux pas forcer maman à t'aimer. Il n'y a qu'à t'aimer et ne plus parler, ne rien demander pour ne pas être repoussé. Quand ces pensées viennent je me frappe la tête contre le mur et je crie et je suis furieux contre tout le monde. Car je ne suis pas un pauvre petit grillon, je suis fort et je peux sauter, déchirer ce coussin, ici, courir. Veux-tu que je te le montre, docteur. Tu verras que je ne suis pas faible, que je suis un « aimant » puissant. Pour ne plus devoir penser je ne veux plus parler à qui que ce soit, être au dessus de tout cela ; ah ! il me faut la paix, le calme, ne plus rien sentir, ne plus souffrir. Je suis même plus fort que toi, docteur, tu me dis parfois des choses qui me font mal, surtout quand tu dis que je suis malade. N'est-ce pas je ne suis pas faible, je suis parfait, je n'ai aucun défaut et ce n'est pas de ma faute quand maman est méchante avec moi. Oh ! cette maman, je ne veux plus rien savoir d'elle, je m'embrasse moi-même, je me raconte des histoires, je me caresse moi-même et je n'ai plus besoin de maman.

« Papa est méchant et violent. Parfois il me donne une gifle, oh, parfois je pourrais le tuer. Il est grand, il est fort, oh, ce papa n'est pas agréable. Si seulement il était encore parti comme pendant la guerre ! »

Il ressort de toutes ces associations qu'il s'agit dans le cas de notre petit malade d'un complexe d'Œdipe typique tel qu'il donne si souvent lieu à des conflits les plus divers.

Cette observation, de MM. Claude et Lafforgue, contient un cas de complexe d'Œdipe en rapport avec une psychose à type de démence précoce — d'où, son intérêt majeur, puisqu'elle touche au problème de la psychogénèse des psychoses.

Nous remarquons d'abord que les auteurs ont recherché, systématiquement, un complexe d'Œdipe, par des moyens psychanalytiques : et cela, parce que le petit malade présentait une « fixation exagérée » à sa mère. C'est-à-dire qu'en présence de réactions pathologiques du type schizomaniacal, ils n'ont pas hésité, pour expliquer les symptômes nerveux et les troubles du comportement, à pénétrer dans la vie affective. Pendant sept séances consécutives, ils ont cherché à faire parler le malade ; ce n'est qu'à la huitième qu'il commence à se livrer : « Je souffre tellement, je lutte contre le démon » : d'où la notion du conflit intime. De plus, il raconte « qu'il est continuellement poussé vers les dames » : intervention d'un élément sexuel — que les séances ultérieures préciseront (il voudrait toucher les parties sexuelles des dames) — ; en fin de compte le complexe d'Œdipe se révèle : l'enfant est tourmenté parce qu'il voudrait « savoir si sa mère l'aime vraiment ou non » et « il voudrait qu'elle le caressât comme il a envie lui-même de la caresser : des baisers, oui, et toucher au binet ».

Il s'agit donc encore d'un complexe d'Œdipe génital : on n'a pas eu besoin de faire des hypothèses sur la nature de la fixation affective à la mère. D'ailleurs, lorsqu'il veut éloigner l'image de sa mère et

se défendre en quelque sorte contre elle, il use d'un « échappatoire » bien déterminé, qui consiste en une sorte de masturbation. Le complexe d'Œdipe découvert, il est intéressant de le rattacher au « contenu » du trouble mental — pour des raisons déjà exposées à propos de la première observation. Evidemment, il constitue le centre même de la psychologie morbide — et il explique les anomalies du comportement, qui avaient frappé l'entourage du jeune André B... Prenons un exemple — qui pourrait, d'ailleurs, prêter à discussion : mais nous voulons, justement, essayer une interprétation qui n'impose pas son évidence. Les auteurs rapportent que le malade « pose des questions stupides, voulant savoir si un rapide marche plus vite qu'une mouche, si un grand aimant est plus fort que la Tour Eiffel, etc... ». Or, après avoir livré son complexe affectif, André B..., racontant « sa malheureuse petite vie de souffrance et de luttes continuelles », dit : « Parfois, quand je m'imagine que tout va bien, que je suis aimé par maman, *« grand comme la Tour Eiffel, rapide comme une locomotive qui fait du cent à l'heure »*, alors tout va bien — je me sens heureux et je ris. Et, plus loin : « Tu verras que je ne suis pas faible, que je suis un « aimant » puissant ». D'autre part, il manifeste depuis longtemps un sentiment d'infériorité (qui a rendu particulièrement pénible son adaptation à la vie scolaire) — sentiment d'infériorité qui trouve son origine dans sa jalousie pour le père, et ses tentatives désespérées pour égaler la puissance et le rôle paternels : c'est-à-dire

que le petit malade a son psychisme littéralement encombré par des idées de « comparaison » — qui s'ajoutent aux suppositions passionnées, aux doutes, aux enthousiasmes brefs et aux souffrances brusquement déclenchées — tous ces états d'esprit dépendant des supputations continues visant à déterminer le degré, la quantité d'amour que sa mère peut avoir pour lui. Comme tous les enfants, il concrétise les rapports et les comparaisons qu'il établit ; d'où, l'intervention de la Tour Eiffel, de la locomotive, du grand aimant, pour objectiver les idées de grandeur et de puissance. Nous nous expliquons déjà pourquoi ces questions stupides portent *toujours* sur les mêmes objets. Et si elles paraissent stupides, c'est parce que l'enfant, perpétuellement tourmenté par le problème pour lui angoissant de la « dimension » de l'affection maternelle, répugne à poser la vraie question, qui seule l'intéresse — ce qui représente une sorte de défense, de réaction contre la pulsion affective qui accapare son esprit : effectivement, il a opposé une résistance absolue (résistance étant pris au sens freudien du mot) pendant sept séances d'analyse, et ce n'est qu'ensuite qu'il demandera, au cours d'une « grande scène », « si sa mère l'aime vraiment ou non, s'il peut oui ou non la forcer à l'aimer », etc... En somme, lorsqu'il posait les questions absurdes, il « projetait » uniquement les quelques objets qui intervenaient en tant que symboles de puissance ou de faiblesse dans ses spéculations intimes, et il les comparait illogiquement ou naïvement entre eux parce qu'il avait uniquement besoin de comparer (logique-

ment ou non), pour extérioriser les comparaisons — elles de type logique — de son psychisme affectif.

La connaissance du complexe d'Œdipe qui nous paraît indispensable pour l'explication, la « réduction » des symptômes morbides du jeune André B..., présente ici un autre intérêt. Les auteurs, en effet, montrent le rôle de premier plan, dévolu au complexe, dans la tendance à la dissociation psychique — en particulier, dans le développement d'une bipolarité du caractère, déterminant une constitution de type schizoïde. Nous renvoyons à l'article de « l'Evolution psychiatrique », pour le détail des considérations inspirées aux auteurs par le rôle du complexe incestueux dans la production des symptômes schizophréniques. A propos du petit malade, ils écrivent : « Nous voyons chez A..., afin d'échapper à la souffrance (celle de ne pas voir sa mère répondre à son amour exclusif par une affection telle qu'il la désire) apparaître la tendance de se détacher de sa mère, et il n'est pas étonnant de le voir jouer dans son imagination d'une part le rôle de la mère, d'autre part celui de l'enfant ; ainsi un dédoublement très caractéristique se manifeste. Chez la petite fille le même conflit à propos du père peut se traduire par le désir de devenir indépendante et de chercher tout appui en elle-même. Le petit garçon exalte dans ces conditions des qualités de douceur, la fillette celle de l'initiative. Le premier devient efféminé, la seconde combattive. Ainsi l'un et l'autre cherchent à se suffire à eux-mêmes, et à échapper au conflit... Ainsi, à la suite de ce conflit, se développe-

rait dans le caractère de l'enfant un élément sexuel contraire à sa véritable nature — c'est au contact de cet élément de sa propre personnalité qu'il vibrerait de préférence, au lieu de rechercher le monde extérieur. Il se forme de cette manière une bipolarité du caractère dont les énergies affectives par cette sorte d'autosaturation perdent de leur élan vers l'entourage. En pratique nous avons à faire à une dégradation plus ou moins marquée de l'état normal vers la bipolarisation extrême ».

Rôle psychogénétique de l'Œdipe-complexe : telle est la conclusion logique à titrer de ce qui précède. La seule notion du complexe permet de reconstituer toute l'histoire de la désagrégation du psychisme — désagrégation à base de bipolarité mentale et d'ambivalence née d'un conflit affectif : ce qui permet d'envisager le psychisme d'un point de vue dynamique, puisque les créations morbides résultent essentiellement d'une interférence de tendances et d'états affectifs. L'apparition des symptômes de discordance mentale et d'anomalies du comportement s'expliquent par l'opposition qui s'est peu à peu établie entre deux systèmes de forces : l'un, résultante immédiate des sentiments œdipiens, représente l'attraction pour la mère, attraction violente, impérieuse, et très particulière dans sa nature ; l'autre, apparu secondairement, lors de l'intervention d'une réalité défavorable, est un système de réaction, essayant de détourner l'esprit du malade de l'idéal inattingible : d'où la tendance au repliement sur soi-même, au détachement, à l'oubli de l'objet aimé.

Peut-on prétendre que le conflit affectif a provoqué, tout seul, par les fluctuations de son développement au centre du psychisme, l'affection mentale ? Il semble que non. Quoique nous ne trouvions pas, dans l'observation d'André B..., une symptomatologie organique aussi riche et aussi précise que dans l'observation précédente, il existe des manifestations somatiques non négligeables (diarrhée, désordres gastriques), à rattacher peut-être à un mauvais fonctionnement du système neuro-végétatif. De plus, les auteurs ont constaté « certains indices d'une émotivité exagérée ». La cause première, efficiente, des symptômes mentaux, peut fort bien dépendre de troubles organiques — qui peuvent eux-mêmes conditionner, comme l'admet Bleuler, une certaine tendance fondamentale au détachement du réel, à l'autisme, par perte de ce qu'il appelle « le contact vital avec la réalité ».

Mais à l'origine même de la perte de ce contact, et des processus « d'introversion » du psychisme, nous retrouvons chez André B... ce complexe d'Œdipe, né dans la petite enfance, et qui ne veut pas, comme disent les psychanalystes, se « liquider », et disparaître en « se sublimant ». Dans un esprit à l'équilibre instable, plus ou moins prédisposé à l'infériorisation pathologique et à la dissociation, le complexe affectif puissant a déclenché et favorisé l'évolution des symptômes schizomaniaques.

C'est la méthode psychanalytique qui a fait découvrir le complexe d'Œdipe. Mais elle n'a pas été seulement un moyen indispensable d'investigation : elle

a joué un rôle thérapeutique. Après les séances d'analyse, l'état mental est tellement amélioré qu'on peut parler de guérison clinique : André B... commence à mener une vie normale.

Les auteurs ne prétendent pas, d'ailleurs, avoir radicalement et pour toujours assuré la stabilité psychique du petit malade. Ils admettent, à la base de ses troubles, une disposition constitutionnelle telle qu'il pourra, par la suite, à l'occasion d'un choc émotif, par exemple, présenter de nouveaux symptômes morbides. Et ce n'est pas un traitement psychanalytique qui peut transformer une constitution. Freud lui-même a dit, à propos de l'hystérie : « Il est évident que nous ne guérissons pas l'hystérie pour autant qu'elle est constitutionnelle. Nous ne pouvons rien faire pour empêcher le retour d'états hypnoïdes. De même, nous ne pouvons empêcher une hystérie en pleine période de développement de remplacer par des phénomènes nouveaux les symptômes déjà écartés laborieusement ».

Dans le cas d'André B..., considérons le résultat immédiat et pratique : il s'agit d'un malade qui « avait été l'objet de diagnostics divers ». D'après les uns, il s'agissait de chorée, d'après les autres de débilité mentale, confusion, enfin on avait parlé de « démence précoce ». Les divers traitements psychiques qu'on pouvait proposer, d'après chacun de ces diagnostics, n'auraient certainement pas prétendu assurer la guérison. L'avenir du malade devait paraître particulièrement sombre aux médecins qui pensaient à une démence précoce, et l'amélioration actuelle

des symptômes devait leur sembler douteuse. La psychanalyse intervenant, on assiste à la réduction progressive de ces symptômes et à la disparition des anomalies du comportement. Evidemment, on peut, en s'appuyant justement sur cette guérison, prétendre qu'il ne s'agissait pas d'une démence précoce, ou de telle autre maladie mentale. Mais là n'est pas la question.

Lorsque les auteurs ont émis la supposition d'un complexe d'Œdipe, et qu'ils ont voulu le faire apparaître, le problème diagnostique n'intervenait plus directement : il s'agissait de symptômes psychopathiques, et cela suffisait pour qu'on tente de débrouiller leur psychologie morbide. Ils ne présumaient, d'ailleurs, d'aucun résultat. Mais ils avaient bien le droit de supposer que ces symptômes, dans ce que nous avons appelé le « contenu », n'étaient pas dus au seul hasard, et qu'il était logique de rattacher les manifestations psychiques actuelles aux manifestations psychiques antérieures, aux représentations affectives surtout. C'est dans ces conditions qu'ils ont découvert le complexe, enraciné dans la vie intime, autour duquel s'étaient organisées les tendances instinctives, arrêtées dans leur évolution normale, et modifiées. Et cette exploration de l'affectivité a pris, par la seule libération d'un complexe d'Œdipe, la valeur d'un traitement. Le rôle du processus « cathartique », sorte de « vidage » du psychisme intime, apparaît ici, très nettement : les auteurs ont bien remarqué l'amélioration considérable qui accompagnait ces séances d'extériorisation (en

particulier, la masturbation, qui équivalait à la rétraction du malade sur lui-même, disparaissait après ces séances).

Ce qui ne permet pas de conclure qu'on puisse généraliser cette méthode, et attendre, de son emploi, des résultats toujours favorables. Beaucoup trop de facteurs, dépendant des lésions organiques et des circonstances étiologiques, empêchent *à priori* une systématisation définitive. Mais l'expérience de cas déjà nombreux montre que dans toute une catégorie d'affections mentales — ce sont justement celles que n'accompagnent pas des délabrements nerveux importants — on peut envisager une réduction psychogénétique des symptômes morbides. Cette notion thérapeutique n'est d'ailleurs pas l'apanage des seuls psychanalystes — témoin les procédés d'analyse psychologique chers à Pierre Janet. Mais la psychanalyse représente, dans la voie psychothérapique, une méthode qu'on ne peut plus ignorer.

OBSERVATION N° 3

(Exposé du Dr. PARCHEMINEY, à la séance de la Société psychanalytique de Paris, du 6 novembre 1928).

M. G. Parcheminey expose « *Un cas de névrose chez un homme de trente ans* », analysé à Sainte-Anne. Cet homme est marié, père d'une fillette, travaille dans un bureau le jour, dans un cinéma le soir ; sa femme est ouvreuse. Malgré ce travail, la famille vit dans un taudis. L'homme a été fantassin pendant la guerre et a fait preuve de beaucoup de courage, notamment pour sauver

des officiers en danger. Il se plaint de troubles sexuels ; il est poussé, dans le métro, à rechercher un contact avec des femmes, obtient ainsi des éjaculations après lesquelles il éprouve un vif désir de mordre ces femmes ou de les battre et un dégoût profond pour elles. Il est marié à une femme frigide et n'a avec elle que des coïts incomplets ; il se sent dominé par elle. Il a eu quelques expériences homosexuelles qui l'ont satisfait. Les femmes lui inspirent d'ordinaire le désir de leur faire du mal ou d'en parler grossièrement.

A l'âge de huit ans, il a vu sa mère nue, en a ressenti une excitation sexuelle et s'est masturbé en y pensant. Jusqu'à l'âge de quinze ans, il a couché avec elle ; la nuit, profitant de son sommeil, il frottait son pénis contre ses cuisses, mais, dit-il, la mère se retirait toujours, en dormant, au moment où il allait obtenir satisfaction.

Il déclare haïr sa mère. Les impulsions sexuelles lui font horreur. Il exprime des souhaits de castration. A la mort de son père il a manifesté une parfaite indifférence. Sa mère s'est remariée. Un jour, son beau-père l'a brutalisé à propos d'une division qu'il ne réussissait pas ; sa mère a pris sa défense et la querelle a été si grave qu'elle s'est retirée avec lui et qu'ils ne sont plus retournés au domicile familial. Depuis, le malade est dans l'impossibilité de faire une division sans angoisse.

Après un certain temps d'analyse, le malade renonce aux expressions ordurières dont il se servait au sujet des femmes, mais éprouve de grandes difficultés à parler. Il témoigne beaucoup de reconnaissance et d'affection à l'analyste : il s'agit d'un transfert homo-sexuel. A ce moment il rêve, par exemple, qu'un cheval blanc le poursuit et veut le mordre par derrière. Ce cheval blanc s'associe dans son esprit à toutes sortes de représentations sexuelles plus ou moins normales.

En même temps il éprouve un mieux considérable et même un eczéma qu'il présentait dans la région anale disparaît spontanément. Il commence des relations sexuelles avec une ouvreuse de son cinéma, femme grande, plus âgée, qui se prête, la première fois, à ses envies de mordre et de pincer et qui finit par prendre sur lui une emprise totale. Avec elle, ses satisfactions sont complètes. Les impulsions sexuelles et tous les symptômes névrotiques disparaissent; son travail professionnel s'améliore.

A ce moment les vacances le séparent à la fois de sa maîtresse et du psychanalyste. Au retour, cette femme ayant rompu avec lui, tous les symptômes du début reviennent. Enfin, il peut la décider à reprendre la liaison et se trouve de nouveau très bien. Un jour il écrit cependant à l'analyste à la fois qu'il a rompu avec sa maîtresse et qu'il renonce définitivement à continuer le traitement.

Il s'agit, dans l'observation précédente, d'un complexe d'Œdipe, de type génital indiscutable. Et le malade connaissait parfaitement le caractère incestueux de son amour.

Le mode de développement du complexe semble, ici, assez particulier. Sa détermination serait due à la vue de la mère nue : ce qui aurait provoqué, chez le sujet, âgé de 8 ans, de véritables réactions génitales (puisqu'il s'est masturbé). On ne retrouve pas la notion de cette affectivité vibrante, très spéciale dans sa nature, mais différenciée depuis la première enfance, à partir d'un faisceau de tendances vitales convergeant obligatoirement sur la mère — qui représente pour le nourrisson le centre du monde, le

centre des besoins, et le centre des « affections », dont elle réalise l'unité. Dans le cas présent, nous avons plutôt l'impression d'une mauvaise orientation de la sexualité, due aux circonstances (l'occasion qu'il a eue de voir sa mère nue, et de coucher dans son lit jusqu'à 15 ans), chez un individu sans doute prédisposé aux troubles du développement instinctif par sa constitution ou son hérédité. Néanmoins, sa vie affective a certainement été influencée par des manifestations sexuelles qui ont commencé avant la puberté — et qui ont présidé à son établissement. Raison pour laquelle on ne peut étudier le contenu des symptômes névrotiques actuels, et les anomalies sexuelles, sans mettre au premier plan les incontestables éléments œdipiens qu'a révélés l'analyse.

Nous avons déjà dit, à propos des deux premières observations, le parti qu'on pouvait tirer de la notion d'un complexe d'Œdipe pour éclairer la psychologie de la névrose. D'autre part, l'auteur ne rentre pas ici dans le détail des troubles névrotiques. Aussi, envisageons-nous uniquement ce qui a trait au comportement sexuel.

Le malade a eu des rapports homosexuels, qui l'ont satisfait, dit-il. Il ne s'agit pas d'une inversion « complète », puisqu'il est marié, qu'il a un enfant, et qu'il recherche, dans des conditions très spéciales, des contacts féminins. Ni d'une inversion occasionnelle, par privation de femmes. On ne peut en faire qu'un inverti « amphigène », s'adressant aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Mais les conditions de l'apparition de cette homosexualité ne semblent pas lui

accorder l'importance de premier plan qu'elle prend dans l'existence de certains individus : on a l'impression qu'il s'agit ici d'un épiphénomène survenu au cours d'une névrose, et du fait de celle-ci ; en somme, ces quelques expériences homosexuelles représentent la projection objective de certains symptômes névrotiques ; ce qui donne le droit de les relier — ou d'essayer de les relier — aux troubles antérieurs du développement psycho-sexuel et affectif : c'est-à-dire surtout au complexe d'Œdipe qui a dominé pendant plusieurs années à l'état actif et dynamique pourrait-on dire, la vie intime du malade. Mais si nous pensons qu'il est logique d'établir une relation peut-être directe entre le complexe — qui a donné lieu, pendant l'enfance et l'adolescence, à de véritables manifestations génitales perverses — et les perversions sexuelles constatées chez l'adulte, les données nous manquent, qui pourraient permettre de rétablir la suite des transitions et des intermédiaires entre les tendances incestueuses infantiles, et les tendances homosexuelles apparues chez le névrosé. Néanmoins, nous en profiterons pour rappeler les résultats très intéressants auxquels ont abouti les psychanalystes, à propos de l'origine de l'homosexualité.

L'homosexualité ou inversion représente la plus importante des perversions relatives à l'objet sexuel. Il existe trois types d'invertis : les invertis complets, les invertis occasionnels et les invertis amphigènes, suivant que l'individu de même sexe constitue un objet sexuel exclusif, ou de remplacement, ou de

valeur égale à celle du sexe opposé. La première explication de l'inversion a été la dégénérescence : mais il est bien évident que nombre d'invertis ne sont pas des dégénérés.

On a parlé ensuite d'inversion congénitale : elle ne peut expliquer tous les cas d'inversion (en particulier, l'inversion occasionnelle ou amphigène). Certains auteurs ont pensé que l'homosexualité était toujours acquise, secondaire à des traumatismes psychosexuels de l'enfance : pourquoi donc tous les individus soumis à ces traumatismes ne deviennent-ils pas des invertis !

Enfin, on a prétendu que l'homosexualité trouvait son origine dans l'hermaphroditisme de l'embryon : mais le parallélisme strict n'existe pas entre l'hermaphroditisme génital et la perversion homosexuelle.

Ayant ainsi « fait le point » et discuté les théories précédentes, Freud estime qu'il y a dans l'inversion une part constitutionnelle (qu'il rattache à la bisexualité anatomique de l'embryon), et une part acquise due surtout aux incidents de la vie affective, pendant l'enfance.

Dans sa « *Psychologie homosexuelle* », le Docteur Hesnard s'est appliqué à montrer le rôle prépondérant des troubles de l'affectivité infantile.

Dalbiez, dans sa thèse sur « *La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne* », expose les conceptions du Docteur Hesnard en ces termes :

« Hesnard affirme, en accord avec Freud, Sadger, Stekel et Ferenczi, que chez tous les homosexuels dont il a pu analyser la vie affective infantile, il a

« constaté « l'influence précoce, anormalement pro-
« fonde, d'une femme ou d'un milieu féminin ». Il
« s'agit généralement d'une fixation affective de l'en-
« fant à la mère qui comporte parfois des manifes-
« tations indiscutablement génitales. Cette possessi-
« vité intense, exclusive et jalouse se heurte forcée-
« ment à la barrière des convenances familiales.
« Mais ses deux composantes : l'émotivité sexuelle
« et la sexualité génitale vont subir un sort bien
« différent. Il se produit entre elles une véritable
« dislocation. L'émotivité sexuelle devient incapable
« de produire son effet normal : le réflexe génital ;
« elle se déssexualise en quelque sorte, elle semble
« n'être plus que tendresse pure. Mais la sensualité
« génitale ne désarme pas pour autant. Privée de la
« direction précise vers un objet hétéro-sexuel que
« lui fournissait la composante plus hautement psy-
« chique destinée à l'orienter, elle ne sera plus
« qu'une sensation interne voluptueuse, un auto-éro-
« tisme. Hesnard, à la suite de Freud, signale l'im-
« portance capitale chez le futur homosexuel de
« cette fixation à la jouissance élémentaire qu'il tire
« de son propre corps, de cette primauté phal-
« lique, comme disent les psychanalystes. Plus
« tard, quand le développement de l'instinct pous-
« sera l'individu à chercher un objet sexuel autre
« que son propre corps, il sera éloigné de l'orienta-
« tion normale vers la femme par une double cause :
« négativement, son émotivité sexuelle est restée
« atrophiée par le refoulement infantile ; positive-
« ment, sa sensualité génitale, fixée auto-érotique-

« ment est incapable de se diriger vers un objet
« complémentaire, il lui est tout au plus possible de
« se transporter sur un objet semblable à lui-même,
« homosexuel ! »

L'inversion ne constitue pas le seul trouble de la sexualité, chez le malade du Docteur Parcheminey.

On note un certain sadisme, dans ses rapports avec les femmes (il veut les mordre et les pincer), et « les femmes lui inspirent d'ordinaire le désir de leur faire du mal ou d'en parler grossièrement ».

Dans le déterminisme de ces anomalies, le complexe œdipien infantile peut fort bien avoir joué un rôle. En raisonnant à la manière des psychanalystes, nous pourrions dire que les impressions conscientes de remords et de dégoût, apparues peut-être dans le psychisme du malade pendant son adolescence — puisqu'il connaissait ses tendances incestueuses — expliquent son comportement sexuel (par transfert sur les femmes des sentiments secondaires de réaction, éprouvés pour la mère à l'occasion du complexe : « il déclare haïr sa mère. Ses impulsions sexuelles lui font horreur »).

Mais, au lieu d'établir une relation de cause à effet entre le complexe d'Œdipe de l'enfant et les troubles de la sexualité de l'adulte, il est probable que beaucoup de psychiatres les placeraient sur le même plan et en feraient des manifestations perverses de même signification, au cours de l'évolution d'une névrose. Nous avons fait remarquer le caractère en quelque sorte accidentel et symptomatique de ce complexe, qui ne semble pas avoir été fondamental, essentiel

dans le développement du psychisme intime. Et ce n'est pas pour avoir vu, un jour, la mère nue, que s'est déclarée la maladie mentale. Il est évidemment plus logique de supposer qu'elle évoluait déjà, et qu'elle a provoqué l'épisode œdipien. Tout le monde serait d'accord sur ce point. Nous pensons, néanmoins, que le complexe incestueux et les anomalies sexuelles constatées par la suite chez le malade, sont de *valeur* bien différente : cela, par ce simple fait qu'il s'agit dans les deux cas d'états psycho-sexuels morbides — c'est-à-dire d'états psychiques appartenant en somme à la même série pathologique — dont l'un (l'état affectif incestueux, qui a fortement marqué le psychisme de l'enfant et de l'adolescent) est nettement antérieur aux autres (les états affectifs conditionnant les troubles de la sexualité). Il serait absolument illogique de supposer que les seconds n'ont pas été influencés par les vestiges du premier : car, l'affectivité est une, elle ne peut échapper à la loi du déterminisme ; pas plus que la nature, l'affectivité ne fait pas de sauts. D'ailleurs, s'il est bien entendu que le complexe d'Œdipe n'a pas été la cause première de la névrose, il lui a certainement donné une « coloration » particulière, il l'a en quelque sorte orientée. Avant l'apparition des tendances incestueuses, il existait sans doute une névrose à l'état plus ou moins latent, et peut-être simplement un terrain favorable et des prédispositions. Les circonstances ont permis la manifestation de ces tendances : chez un enfant au psychisme sain, les idées sexuelles qu'aurait pu éveiller la vue de la

mère nue n'auraient pas bien longtemps accaparé l'esprit, et la norme — c'est-à-dire l'écart définitif des représentations équivoques aurait triomphé. Chez notre malade, au contraire, les tendances œdipiennes sont devenues le centre même de l'affectivité — et donc, le centre de la névrose. Elles sont peut-être à l'origine des troubles mentaux proprement dits, extériorisés. Ici encore, nous voyons que la connaissance du complexe d'Œdipe va devenir très importante dans l'interprétation des symptômes névrotiques — même lorsqu'on lui refuse tout rôle dans la pathogénie de la maladie mentale, nous insistons sur ce point — ; c'est-à-dire qu'en présence des manifestations sexuelles morbides de ce sujet, on ne peut pas négliger, que l'on soit ou non psychanalyste, la notion du complexe d'Œdipe qui a, pendant plusieurs années, dominé la vie affective.

CHAPITRE III

LE COMPLEXE D'ŒDIPE ET LES COMPLEXES AFFECTIFS FAMILIAUX EN PSYCHOLOGIE MORBIDE

Dans le premier chapitre de ce travail, nous avons essayé d'exposer brièvement certaines spéculations freudiennes touchant au problème du complexe d'Œdipe. Et nous avons vu le rôle de premier plan qui lui était imparti dans l'étude des psycho-névroses.

Le deuxième chapitre contient trois observations, assez longuement commentées, de psycho-névropathes ayant présenté indiscutablement des idées incestueuses. Il faut reconnaître que les observations de psychiatrie classique rapportant des cas d'Œdipe-complexe ne sont pas très nombreuses. Mais cela tient, pour une part, à des questions de terminologie, et aussi à des différences des méthodes d'examen psychiatrique, certaines d'entre elles accordant peu d'importance à la qualité même des innombrables élucubrations pathologiques des malades mentaux. Nous avons interrogé, à ce sujet, plusieurs psychiatres ; ils nous ont tous répondu qu'ils avaient eu

quelques malades, psychasthéniques, anxieux ou obsédés, ayant très nettement avoué des penchants incestueux — et ils avaient l'impression, ajoutaient-ils, qu'ils en auraient trouvés davantage s'ils avaient orienté leurs recherches psycho-pathologiques dans ce sens. Raison pour laquelle nous ne pouvons donner des observations plus nombreuses de complexes d'Œdipe « authentiques » et étudiées en détail.

Ce qui ne nous empêche pas de croire à l'existence, chez certains névropathes, d'états affectifs spécifiques dans leur tonalité, et caractérisés par des idées d'attraction sexuelle pour la mère, souvent accompagnées de jalousie ou de ressentiment vis-à-vis du père (nous prenons évidemment le cas d'un malade du sexe masculin). Ce n'est que dans ces circonstances qu'on pourra parler de complexe d'Œdipe : et nous insistons sur le fait qu'il devra s'agir de réactions psychiques « sexuelles », liées ou non à des sensations génitales précises, avouées spontanément au cours d'un interrogatoire ordinaire ou mises en évidence par une exploration psychologique de type psychanalytique facilement interprétable — c'est-à-dire évitant les excès de la méthodologie symbolique freudienne, et reposant avant tout sur des probabilités d'explication tirées de l'examen des associations idéales, lorsque l'auto-critique et l'auto-conduction sont relâchées au maximum.

Supposons que dans l'interrogatoire clinique d'un malade mental, le psychiatre relève des idées incestueuses. C'est de leur caractère même, de leur allure immédiate, pourrait-on dire, que doit logiquement

dépendre, *à priori*, la position à adopter à leur égard. On peut avoir l'impression qu'il s'agit simplement de représentations accidentelles, incohérentes et baroques, de la même espèce que toutes celles qui envahissent journallement des esprits tourmentés et instables. La richesse et l'exhubérance de l'imagination de certains névropathes sont en effet bien connues, et nous renvoyons à ce sujet à l'article de Logre sur « *l'Etat mental des hystériques* ». On y verra, en particulier, l'importance attachée par les malades à ces néo-formations pathologiques : ce qui devient intéressant, lorsqu'on a affaire à un sujet cultivé qui s'est imprégné, souvent sans discernement, de la littérature de vulgarisation du freudisme ; et il faut se méfier de ces malades qui viennent consulter le médecin en lui annonçant tout de suite que leur vie est devenue particulièrement compliquée depuis qu'ils subissent les conséquences d'un complexe d'Œdipe. Dans d'autres cas, l'apparition récente des tendances œdipiennes, leur peu d'adhérence et surtout leur manque de répercussions affectives notables, sont autant de facteurs qui permettent de comprendre qu'on en ait fait, tout simplement, un épiphénomène banal au cours de l'évolution d'une névrose.

Le Docteur Brunerie nous a communiqué, à ce propos, une observation qui montre bien le caractère accidentel et transitoire de certaines de ces tendances. Il s'agit d'une famille de déséquilibrés (Mme X... et ses deux fils que nous appellerons Pierre et Jean), suivie par le Docteur Brunerie pendant plu-

sieurs années. Nous résumerons les symptômes présentés par chacun de ces trois malades, bien que Jean seul paraisse devoir entrer dans le cadre de notre exposé — cela, parce que nous avons l'impression que les idées incestueuses apparues chez lui auraient aussi bien pu appartenir à sa mère ou à son frère, et d'autre part à cause du rôle très important dans leur production de la contagion mentale familiale :

Madame X., 53 ans. Délire de persécution à base d'interprétations délirantes. Peut-être hallucinations. Un fond de paranoïa. Méfiante: hier, elle n'a pas voulu ouvrir. Aujourd'hui elle finit par se livrer et fait état de ses persécutions (voisins, fumées, odeurs). On veut lui prendre son appartement. Elle passe avec une grande incohérence continuellement d'un sujet à l'autre. Elle déclare s'intéresser au spiritisme et à l'hypnotisme.

Pierre, 18 ans. Interné à l'asile départemental, pour D. P.

Jean, 25 ans. Il donne, de lui-même, des renseignements sur son état morbide. Il se prétend « piqué ». Il dit avoir follement aimé sa mère vers 17-18 ans (une mère « qui était une très belle femme, plantureuse, qui a toujours beaucoup aimé l'homme et est restée veuve jeune ». « Elle essayait ces temps-ci de l'embrasser sur la bouche. »

Il produit l'impression très nette d'être un obsédé sexuel. Il ajoute « qu'il est tout le temps dans la lune, qu'il rêve trop pour travailler vite » et « qu'il fait des haltères et des poids pour rester pur ».

On note une certaine discordance.

Trois ans après :

Madame X., vient voir le Docteur Brunerie, accompagnée de ses deux fils :

L'allure de la famille et son attitude dans le cabinet de consultation semble — c'est le moins qu'on puisse dire — assez bizarre. La mère, qui entre temps a fait un séjour à l'asile, paraît beaucoup plus cohérente. Elle présente simplement un petit délire calme de persécution.

Pierre : reste assis devant nous, indifférent et impassible, les yeux gris clair regardant très en dedans, l'aspect très discordant.

Jean : Il s'adonne toujours aux poids et haltères « pour rester pur ». Il a fait tous les métiers, et se dit surtout inventeur. Il veut se marier. Il a beaucoup maigri. Il nous semble très « excité ». Il avoue lui-même « qu'ils vivaient trop ensemble et trop renfermés, insociables, trop sur eux-mêmes ».

Le Docteur Brunerie conclut : « Il y a là une famille de déséquilibrés constitutionnels, véritable milieu de culture ». Ajoutons que Jean s'est suicidé l'année suivante.

Nous n'insisterons pas : pas plus que n'a insisté le Docteur Brunerie, intéressé au début par l'aveu des idées incestueuses et qui a examiné discrètement mais suffisamment le malade dans ce sens : ces idées lui ont paru, en effet, tout à fait accessoires dans le développement de la psycho-névrose. En tout cas, leur analyse systématique n'aurait probablement pas révélé un Œdipe-complexe vrai.

Et maintenant, envisageons le cas de tendances œdipiennes ayant retenu, quant à leur valeur propre, l'attention du médecin.

Nous avons vu plus haut les conditions qu'elles devaient remplir pour qu'on puisse parler de complexe d'Œdipe. Et la notion de leur importance dans l'évolution de la maladie mentale découlera surtout de leur aptitude à encombrer constamment le psychisme du sujet — sous une forme ou sous une autre, de façon très apparente ou au contraire indirectement, après certaines modifications qui peuvent les rendre méconnaissables.

Elles constituent souvent l'aliment de choix des obsessions multiples qui naissent au cours de certaines névroses. Elles accompagneront, plus ou moins dissimulées, des syndromes anxieux ou phobiques. Intervenant plus activement dans le jeu du psychisme adapté au réel, elles pourront amener des troubles de dissociation et de désagrégation mentale par le mécanisme de l'ambivalence, lorsque l'individu lutte contre leur influence et veut les ignorer. Enfin, dans n'importe laquelle des psycho-névroses, certaines représentations idéales suivies de réactions motrices diverses — c'est-à-dire certains aspects objectifs de la vie du malade — relèvent sans aucun doute de ces tendances incestueuses.

Nous avons montré, en commentant les trois observations contenues dans la deuxième partie de notre travail, que la relation de cause à effet existant parfois entre le complexe d'Œdipe et les manifestations morbides n'était indiscutable que lorsqu'il s'agissait du contenu des symptômes. Nous n'y reviendrons pas. Nous tenons pour capitale la distinction entre une névrose et son contenu. C'est d'elle que

découlent les différentes positions que les auteurs ont adoptées par rapport au problème du rôle des éléments psychiques de la vie antérieure dans la causalité des syndromes mentaux.

Nous avons vu qu'il semblait vraiment très difficile de prétendre qu'un complexe incestueux, né dans l'enfance, pouvait dans tous les cas constituer — par l'intermédiaire d'un « refoulement raté » — la seule cause de la maladie, alors qu'il était très logique d'établir une relation de déterminisme entre deux états affectifs dont l'un a précédé l'autre dans le temps (ces deux états affectifs étant représentés, par exemple, l'un par le contenu, c'est-à-dire la forme même, d'une obsession, l'autre par un complexe d'Œdipe de l'enfance).

Mais il nous faut maintenant séparer, au point de vue de l'utilisation « pratique », deux catégories de complexes d'Œdipe vrais. Les premiers sont ceux qu'on découvre très facilement, parce que le sujet en a plus ou moins conscience, et qu'il avoue spontanément ses penchants incestueux. Les seconds, eux, sont absolument ignorés des malades — du moins de façon actuelle. Ils constituent des complexes psychiques inconscients. Et, de ce fait, ils intéressent essentiellement les psychanalystes. Le plus souvent, ils interviennent lorsqu'il s'agit d'une obsession tenace et adhérente, sous forme d'idée parasite bizarre — ou bien, d'anomalies sexuelles apparues brusquement et organiquement inexplicables (fréquemment, certaines impuissances masculines, accompagnées de dégoût). Supposons qu'en présence d'une idée fixe

obsédante, guidé par certaines particularités du comportement ou de l'attitude de son malade, le médecin applique à l'analyse du symptôme morbide la méthode associative d'inspiration freudienne — et que, dans ces conditions, après plusieurs séances, tout un groupe de représentations datant de l'enfance surgisse dans le champ de la conscience claire de l'analysé. Leur tonalité affective peut permettre au psychiatre de porter le diagnostic rétrospectif d'un état d'Œdipe-complexe, tel que nous l'avons défini — et cela sans présumer de l'intégrité du psychisme à cette époque : bien au contraire, on a souvent l'impression nette que ce complexe d'Œdipe constituait, en quelque sorte, une première manifestation de la névrose. Mais cet état psychique est sorti, par la suite, du domaine conscient. S'il a pu conférer au symptôme morbide sa forme propre, sa « coloration », c'est d'une manière inconsciente — ce qui n'a rien d'extraordinaire, car on ne peut plus nier l'existence d'un inconscient psychique. Et cela, pour deux sortes de raisons : des raisons métaphysiques et des raisons psychologiques, que nous n'avons pas d'ailleurs à étudier spécialement dans ce travail. Les premières découlent de l'opposition entre les théories philosophiques de l'idéalisme et du réalisme : lorsqu'on a séparé « l'être » du « connaître », lorsqu'on a admis par ce fait même l'existence d'un inconscient physique, la notion de l'existence d'un inconscient psychique ne doit logiquement pas être contestée : c'est ce que montrent les philosophes contemporains, lorsqu'ils séparent la sensation elle-même de la connaissance de la sensation.

Quant aux raisons psychologiques, tout ce que l'on a écrit sur l'habitude, phénomène essentiellement inconscient, suffirait à les accréditer de façon définitive. L'influence des événements oubliés de la vie antérieure sur le déroulement des opérations psychiques conscientes nous paraît certain.

Au début de son *Evolution créatrice*, Bergson n'a-t-il pas dit :

« En réalité, le passé se conserve de lui-même, automatiquement. Tout entier, sans doute, il nous suit à tout instant : ce que nous avons senti, pensé, voulu depuis notre première enfance est là, penché sur le présent qui va s'y joindre, pressant contre la porte de la conscience qui voudrait le laisser dehors. Le mécanisme cérébral est précisément fait pour en refouler la presque totalité dans l'inconscient et pour n'introduire dans la conscience que ce qui est de nature à éclairer la situation présente, à aider l'action qui se prépare, à donner enfin un travail utile. Tout au plus des souvenirs de luxe arrivent-ils, par la porte entre-baillée, à passer en contrebande. Ceux-là, messagers de l'inconscient, nous avertissent de ce que nous traînons derrière nous sans le savoir. Mais lors même que nous n'en aurions pas l'idée distincte, nous sentirions vaguement que notre passé nous reste présent. Que sommes-nous en effet, qu'est-ce que notre *caractère*, sinon la condensation de l'histoire que nous avons vécue depuis notre naissance, avant notre naissance même, puisque nous apportons avec nous des dispositions prénatales ? Sans doute, nous ne

« pensons qu'avec une petite partie de notre passé ;
« mais c'est avec notre passé tout entier, y compris
« notre courbure d'âme originelle, que nous désirons,
« voulons, agissons. Notre passé se manifeste donc
« intégralement à nous par sa poussée et sous forme
« de tendance, quoiqu'une faible part seulement en
« devienne représentation. »

D'ailleurs les acquisitions multiples que l'intellectualité doit à cette source de créations de tous ordres qu'est l'inspiration — que ce soit dans le domaine de l'art, ou dans celui des sciences exactes et des mathématiques — restent la preuve indiscutable d'une activité psychique inconsciente.

Ayant admis la réalité d'un psychisme inconscient — après Pierre Janet qui, le premier, en 1889, a magistralement exposé dans sa thèse remarquable sur *l'Automatisme psychologique* le rôle, dans la production des symptômes hystériques, d'éléments inconscients — Freud a créé, uniquement pour explorer cet inconscient, la méthode psychanalytique. Appliquée au cours d'une névrose, on doit l'envisager à deux points de vue : celui de l'explication, en quelque sorte diagnostique, des manifestations pathologiques, et celui de la valeur thérapeutique du procédé. Pour un psychanalyste orthodoxe, l'un ne va pas sans l'autre : car, dès que l'analysé est arrivé à comprendre le sens caché du symptôme, il en est délivré par ce fait même. Il se passe, en somme, un phénomène analogue à celui de la destruction d'un automatisme, ou d'une habitude : l'événement émotif ou affectif inconscient, et les intermédiaires eux-

mêmes inconscients qui le relie au symptôme morbide étant désormais connus par le malade, ce symptôme ne pourra plus se reproduire. Pour des raisons analogues, un pianiste virtuose à qui l'on demande de « disséquer » son jeu de doigts sur le clavier, en ayant présent à l'esprit le rapport qui unit chaque note de la partition à la touche correspondante du piano, peut se trouver véritablement désemparé, et être incapable de jouer correctement.

L'investigation psychanalytique prend comme objets à réduire certaines représentations conscientes gênantes pour le malade — idées fixes, obsessions ou phobies — mais aussi, très fréquemment, le contenu des rêves, auxquels les Freudiens attachent une importance considérable. On connaît les dispositions pratiques pour la réalisation d'une psychanalyse : le sujet analysé est étendu, dans une pièce un peu obscure. Il ne voit pas le visage du psychanalyste, qui se place derrière lui. Le psychanalyste demande alors au malade de relâcher complètement son attention, et d'évoquer le contenu du symptôme ou du rêve, en écartant le plus qu'il pourra toute tentative d'auto-critique. Il doit livrer, au fur et à mesure de leur production, les associations idéales qui se développent dans ces conditions — aussi baroques et aussi extraordinaires soient-elles. Le psychanalyste les note. Il n'intervient plus, ne dit rien pour combler les silences — dont il tient compte, les interprétant parfois comme une « résistance » à la libération de certains éléments particulièrement « refoulés ». De temps à autre, il prononce un mot « inducteur »,

pour relancer le jeu des associations. Plusieurs séances s'effectuent dans ces conditions. Le médecin n'exerce aucune pression sur le malade ; il n'explique rien, ne déduit rien. Il se contente de ramener le courant d'idées de l'analysé dans la voie convenable, lorsqu'il s'est trop écarté de l'évocation initiale. Au bout d'un temps quelconque, ou bien l'analysé, qui doit savoir où l'on veut en venir, peut arriver tout seul à l'événement du passé qui a provoqué l'évolution morbide — ou bien le psychanalyste propose, très discrètement, une interprétation. Si le malade la reconnaît, si les états affectifs oubliés qu'elle suggère prennent leur place normale dans le psychisme conscient, les symptômes doivent disparaître.

Les résultats d'une analyse dépendent évidemment de facteurs individuels, surtout de la bonne volonté et de l'intelligence du malade. Ils dépendent aussi des rapports très particuliers qui s'établissent souvent entre ce malade et le psychanalyste : nous voulons parler du *transfert*. On entend par transfert le déplacement, le report sur la personne du médecin, de l'affectivité attachée jusqu'à ce moment aux états psychiques du passé conditionnant la maladie. C'est ainsi que dans l'imagination du malade, le médecin pourra jouer le rôle d'une personne intervenue jadis au cours des conflits affectifs — et s'il s'agit d'une femme ayant présenté, dans son enfance, des tendances incestueuses, il est fréquent qu'elle manifeste, à l'égard du psychanalyste, des sentiments érotiques rappelant ceux qu'elle éprouva à l'égard du père.

Nous avons très brièvement rappelé les modalités d'une psychanalyse vraie. Ajoutons que les représentations associatives et les divers fantasmes qui naissent pendant l'analyse doivent être interprétés à l'aide d'une « symbolistique » propre au Freudisme et très développée.

Nous n'avons pas à insister, dans cet exposé, sur les variantes de la méthode freudienne, proposées par divers psychiatres qui n'étaient pas freudiens. Nous pensons, pour notre part, qu'il n'est peut-être pas nécessaire de s'astreindre aux conditions strictes et à certaines particularités d'interprétation qui caractérisent une psychanalyse. L'intransigeance que Freud a montrée, lors des discussions sur sa doctrine, se retrouve dans la rigidité et la systématisation de ses conceptions sur les résultats de l'analyse. Mais il s'agit là d'une question d'interprétations, et de points de vue, en somme secondaire. Des travaux de Freud, une notion s'est dégagée, qu'on ne peut plus ignorer en psychiatrie : la notion du rôle capital dévolu à la *méthode associative*, dans l'étude de la psychologie morbide. C'est celle qui pourra être employée dans certaines névroses, pour remonter au sens caché du contenu d'un symptôme pathologique. Il suffira d'expliquer au malade ce qu'on attend de lui : ne plus fixer sa pensée sur les objets extérieurs actuels, relâcher son attention, supprimer toute auto-critique et toute auto-conduction, et à propos de l'image obsédante ou de la représentation onirique, laisser accéder à la conscience le flot puissant et lointain de ce que Baruk a appelé la « pensée intérieure ».

C'est dans ces conditions que le malade reprendra connaissance de certaines choses oubliées, et qu'il pourra revivre affectivement des situations psychiques plus ou moins teintées d'émotion, remontant à son jeune âge. C'est dans ces conditions que le médecin verra se dessiner, puis s'affirmer, les éléments d'une fixation sentimentale exagérée aux parents, et qu'un psychanalyste orthodoxe parlera de complexe d'Œdipe. Nous avons déjà dit dans quelles circonstances précises nous emploierions ces termes. Pour les Freudiens, l'état affectif une fois constaté, il ne saurait être que sexuel. De même, ils n'analyseront tous les événements de l'enfance qu'en fonction directe de la sexualité. Et lorsqu'il s'agira, chez un adulte, de ce que nous appelons aussi complexe d'Œdipe — parce qu'il y a réalité des idées incestueuses — ils n'admettront pas qu'il a pu se produire, chez un névropathe, une sexualisation secondaire d'états primitivement affectifs : pour eux, le complexe sexuel date, dans tous les cas, de la petite enfance.

Ces analyses psychologiques ainsi conduites montreront que si le complexe d'Œdipe vrai, tel que nous l'avons défini au début de ce chapitre, ne semble pas avoir ce caractère de constance et de généralité que lui reconnaissent les disciples de Freud, il est, par contre, très fréquent de découvrir, chez des névropathes adultes, les traces de complexes affectifs de l'enfance. Et c'est sur cette notion considérée par nous comme primordiale, que nous voulons terminer ce travail.

Freud a longuement insisté, dans plusieurs de ses ouvrages, sur la similitude des états d'âme de l'enfant et du névropathe. Effectivement, on constate chez beaucoup d'individus atteints de névrose, des réactions affectives de type infantile : émotions exagérées, disproportionnées à leurs causes, lubies et gestes plus ou moins illogiques et désordonnés, dépendant de variations brusques d'humeur, diminution ou perte complète, lorsqu'il s'agit de sentiments, de ce « self-contrôle » que le sujet possède parfois au plus haut point lorsqu'il s'agit d'opérations psychiques purement intellectuelles. On a dit très justement de ces malades qu'ils souffraient d'une « arriération affective ». Et lorsqu'on les soumet à l'examen analytique, on trouve qu'ils ont eu justement une enfance affectivement troublée. Ce qui ne doit guère étonner, parce que pénétrer dans la vie psychique intime d'un individu quel qu'il soit, c'est être forcément amené à s'intéresser aux événements de son enfance. Comment peut-on définir l'évolution du psychisme infantile ?

Liée à la confrontation perpétuelle de l'esprit et de la chose, elle comporte une première phase d'adaptation du nouveau-né, puis du nourrisson, aux objets qui l'entourent. C'est l'époque des premières perceptions et sensations. C'est aussi l'époque des premières expériences.

Ensuite, le « moi » se constitue — et par la même occasion, l'égoïsme.

A peine développé, le « moi » se heurte, toujours

avec violence, au monde extérieur. C'est de ce choc contre la réalité, certainement hostile, que naîtront les complexes dits affectifs, puisqu'ils intéressent au plus haut point l'individu dans ce qui touche à son plaisir, sa satisfaction, son mécontentement ou sa douleur.

On devine sans peine le rôle de premier plan occupé par les parents — et surtout par la mère — dans le monde extérieur du nourrisson et de l'enfant. La première manifestation objective de l'instinct a certainement pour but la mère, qui nourrit et qui protège. De là, le sentiment de possessivité intense manifesté à son égard par l'enfant. Essentiellement égoïste — ce qui est, en somme, sa seule façon de « lutter pour la vie » — il la voudrait pour lui tout seul. D'où la « concurrence familiale », et les premiers ressentiments, les premières rancunes contre tous ceux qu'il croit capables de la lui enlever.

Et puis, arrive le moment où les contraintes morales, l'exemple, l'éducation, le sens social entrent en lutte contre les poussées instinctives. C'est la période des conflits psychiques de tous ordres, traduisant l'opposition entre la personnalité qui se développe et le faisceau des premières tendances vitales. L'égotisme outrancier ne peut plus être toléré, et l'apparition de l'altruisme représente un « tournant » dans l'évolution psychique de l'enfant, qui doit se résoudre à accepter le changement d'attitude de la mère à son égard — cette dernière s'occupant beaucoup moins de lui pour se consacrer davantage

au mari et aux autres enfants, « sevrage du cœur », en somme, venant après le sevrage nutritif.

En exposant, au début de ce travail, les théories freudiennes de la sexualité infantile, nous nous sommes assez longuement étendus sur les variations de l'affectivité pendant les premières années de la vie. Mais nous les envisageons maintenant sans qu'il soit question d'une valeur sexuelle de cette affectivité. Toute une série de rapports affectifs, basés sur les multiples événements de l'existence quotidienne qui n'ont pu qu'impressionner fortement un esprit aussi neuf et aussi réceptif, vont relier l'enfant à son père et à sa mère. Il oubliera certainement la plupart de ces événements de si peu d'importance pour un adulte, mais si considérables pour lui. Ils auront cependant « marqué » son psychisme, et ce qu'on appelle le « caractère » ou le « tempérament » d'un individu restera désormais sous la dépendance inconsciente de cette empreinte infantile.

C'est toujours lorsqu'il s'agit d'un futur névropathe que ces manifestations affectives prennent le plus d'ampleur. Très souvent l'attachement à la mère devient une véritable « fixation », et sans qu'il soit utile d'en faire une fixation de nature psycho-sexuelle on peut admettre qu'elle est d'une espèce assez différente, par sa tonalité affective, de celle des sentiments d'amour filial dits normaux. Dans ces conditions, il existe vraiment des sentiments d'hostilité vis-à-vis du père, et les observations minutieuses rapportées par Freud, à propos des signes objectifs et matériels de l'état d'Œdipe-complexe, peuvent être

légitimement acceptées — sans interprétation sexuelle évidemment.

Nous appellerons « *complexes affectifs familiaux* » ces situations psychiques, si fréquentes au cours de la petite enfance des psycho-névropathes. Et nous grouperons sous ces termes non seulement les « complexes d'Œdipe affectifs », mais aussi tous les complexes de fixation exagérée à un parent quelconque, père pour la fillette, frère ou sœur (ces modalités dépendant évidemment des circonstances diverses de la vie de famille).

Lorsqu'arrive la période de « liquidation » du complexe, le conflit qui s'engage dans l'esprit de l'enfant ou de l'adolescent voué à la névrose, atteint le maximum d'intensité. L'altruisme et le sens social peuvent triompher : malgré l'apparence d'une vie normale, il reste un inassouvissement des tendances instinctives qui n'attend qu'une cause déclenchante pour passer tout entier, avec son potentiel affectif, dans les symptômes névrotiques. Le plus souvent, ces derniers représentent pour le malade un moyen de se retrouver dans les conditions du complexe familial des premières années — conditions qu'il regrette, au fond, et qu'il n'a oubliées que par contrainte morale. Ce qui lui permet, par cette espèce de supercherie, de négliger les déboires de la vie quotidienne hostile à la réalisation de ses tendances infantiles, et de diriger son esprit mal adapté au réel vers le détachement des choses extérieures et l'intériorisation.

Nous avons déjà fait remarquer, en analysant les trois observations de notre second chapitre, qu'il

n'était pas possible de conclure, à partir de l'existence de complexes affectifs infantiles, à leur rôle unique dans l'étiologie de la maladie. Et nous avons limité leur action indiscutable à la création du contenu des symptômes. Mais parfois, lorsque l'hérédité est peu chargée, et que les lésions constitutionnelles du terrain neuro-psychique ne se traduisent par aucun signe organique, le rôle dans la psychogenèse est bien près de se confondre avec le rôle dans l'étiologie — surtout lorsque les méthodes de type psychanalytique visant la réduction des symptômes semblent amener une guérison durable. Témoin cette observation rapportée par Codet, dans *l'Evolution psychiatrique* :

OBSERVATION

Le jeune Antoine Im. a dix-sept ans au moment où se pose la question d'une intervention thérapeutique. Depuis trois ans et demi, son activité scolaire et sa vie familiale sont entravées et même supprimées par ses obsessions de lavage, résultant de phobies de contact, relatives en particulier à sa grand'mère. Progressivement envahissantes, elles ont abouti à tout un rituel despotique et, depuis trois mois, Antoine vit cloîtré dans sa chambre, refusant de voir qui que ce soit, se faisant passer les aliments indispensables et sélectionnés par un étroit orifice, s'opposant à tout changement de linge et se livrant à une consommation abusive d'eau de Cologne pour *les lavages incessants*.

On signale que son caractère a notablement changé, qu'il est devenu très irritable, souvent violent et grossier,

animé d'une tendance systématique à la contradiction. Par la suite, il a été vérifié qu'il avait beaucoup maigri, vivant ainsi au milieu d'un désordre peu croyable.

Des spécialistes éminents ont été consultés et leur pronostic a été celui d'un état schizophrénique progressif. Dans ces conditions, le traitement, demandé par la famille, n'est entrepris qu'avec les réserves les plus formelles.

L'enfant avait trois ans et demi quand il perdit son père et aurait manifesté une émotion surprenante pour son âge. Elevé par sa mère et sa grand'mère, il était, jadis, affectueux, studieux et gai, mais toujours assez tyrannique et porté à exploiter leur affection. C'est vers treize ans que son caractère devint plus difficile, vers l'apparition des obsessions.

Les premiers entretiens eurent lieu au travers de sa porte, sans qu'il fut possible de le décider à se montrer. Cette obstination sembla alors due à l'amour-propre et au souci de ne pas se laisser voir tel qu'il était. Comme autres éléments favorables furent notés son désir exprimé de guérir et l'intérêt qu'il portait à la lecture des journaux, surtout aux nouvelles sportives.

Tout de suite il fut convenu que le médecin ne chercherait jamais à le contraindre ou à contrarier « ses manies », qu'il ne lui mentirait jamais.

A l'un des entretiens suivants, il déclara spontanément « qu'il ne guérirait que loin de sa grand'mère ». Cet éloignement semblait, en effet, indispensable, autant, du reste, que relativement à sa mère, trop affectueuse et faible vis-à-vis de son fils qui la tyrannisait.

Une sorte de transfert positif s'établit rapidement à l'égard du médecin, représentant une sorte de père. Le désir de ne pas lui déplaire se manifesta et fut un moyen précieux pour décider Antoine à se rendre en maison de santé, au bout de deux mois.

A partir de ce moment, les progrès furent relativement rapides et le malade comprit assez vite que sa névrose, pour laquelle on avait de la pitié, n'entraînait ni répression punitive ni admiration.

Il lui fut expliqué, au hasard des conversations, qu'il s'était fixé involontairement dans une attitude d'enfant gâté. Son attachement démesuré à sa mère (attachement réciproque, bien entendu), le souvenir retrouvé d'un père très sévère, avaient pu prolonger cette arriération affective dont il souffrait. Ses troubles névrosiques étaient un moyen facile de garder sa situation de petit enfant, trop choyé ; en même temps, le contraste des camarades de son âge et du développement psychique normal pour lui l'avaient fait souffrir d'un état dont il ne savait sortir.

Au reste, il était facile de saisir dans son attitude un certain mépris pour la passivité des deux femmes dévouées corps et âme à le satisfaire.

Progressivement, prenant conscience de la situation, il abandonna ses répulsions et ses obligations maladives, par son amour-propre légitime il s'efforça de redevenir « comme les autres », retrouva tout son intérêt pour les choses et les gens. Depuis trois ans, Antoine est un jeune homme dont le comportement individuel, familial et scolaire se révèle des plus satisfaisants.

Nous avons transcrit cette observation très près de la fin de notre travail pour laisser le lecteur sur une impression clinique et « vécue », en quelque sorte, de *complexe affectif familial*. De plus, nous voulons en déduire certaines considérations.

L'auteur a guéri son jeune malade en lui appliquant ce qu'il appelle un traitement « d'inspiration psychanalytique ». Ce qui lui a permis d'expliquer les symptômes morbides, de les réduire, et d'en dé-

livrer un sujet qu'on avait rangé dans la catégorie d'incurables représentés par les schizophrènes. Nous avons signalé un résultat analogue dans le cas du jeune André B... (Observation n° II). Les méthodes psychothérapiques ordinaires qu'on peut envisager dans ces états pathologiques — et d'ailleurs dans la plupart des psycho-névroses — ne se sont jamais montrées très efficaces. Les méthodes de type psychanalytique ont, plusieurs fois, donné de sérieux résultats.

Si l'on avait à faire un exposé chronologique de l'évolution de la psychothérapie, la date essentielle serait, sans aucun doute, celle de 1889, qui marque la découverte par Pierre Janet des *idées fixes subconscientes*. Breuer et Freud, dans les années qui suivirent, mirent au point une technique d'exploration de l'inconscient, dont ils firent un traitement, et qu'ils nommèrent psychanalyse. Mais, la notion de base de l'existence d'un psychisme inconscient mise à part, les procédés d'analyse psychologiques de Pierre Janet diffèrent essentiellement de la psychanalyse freudienne : dans un cas, l'analyse ne sert qu'à la recherche des idées subconscientes — par le moyen de l'hypnose. Ces idées une fois trouvées, le médecin influe directement sur le psychisme du sujet par « substitution » ou « suggestion », pour les faire disparaître. Dans la psychanalyse, il n'y a aucune action synthétique de la part du médecin : la réduction analytique du symptôme, obtenue non par l'hypnose, mais par la méthode associative, constitue tout le traitement.

Si maintenant nous reprenons les termes de « traitements d'inspiration psychanalytique », proposés par Codet, nous voyons que leur signification représente, en somme, un compromis entre les deux procédés déjà cités. En effet, cet auteur écrit : « Dans une psychanalyse bien conduite, il convient de dissocier et de mettre à jour le plus grand nombre de mécanismes, de substitutions symboliques, et, en un mot, de remonter aussi loin et exactement que possible à la source du mal. Ici, au contraire, le médecin sollicité pour des symptômes gênants déterminés, cherche essentiellement à les apaiser et à rendre la vie acceptable, à l'aide de conversations psychothérapiques ». [Les « conversations psychothérapiques » réalisant, à partir des éléments découverts, une synthèse correspondant à la substitution ou suggestion de P. Janet.]

Ce que nous retiendrons de cette dernière méthode, c'est la part qu'elle donne à l'éclectisme dans l'application de la psychanalyse, que nous croyons la psychothérapie de choix des névroses vraies, à condition que l'on sache se libérer du rigorisme des conceptions freudiennes — en particulier, à propos de l'interprétation systématique des symboles. Nous avons admis la réalité des processus psychiques inconscients, et leur rôle dans le mécanisme de l'idéation consciente, normale ou morbide : qu'on se souvienne alors que la psychanalyse se définit comme *une méthode d'exploration de l'inconscient*, et qu'elle ne présume pas d'autre chose.

On a trop longtemps confondu les diverses notions

que nous devons à Freud : il existe en effet une sexologie freudienne, une théorie freudienne des névroses, une métaphysique freudienne, une psychanalyse freudienne... Mais il existe aussi une psychanalyse tout court, dérivée des travaux du professeur viennois, et se bornant à interroger le psychisme inconscient à travers le jeu normal des associations idéales. Elle se suffit à elle-même. De la même manière, les complexes affectifs de l'enfance sur lesquels Freud a attiré l'attention des psychologues, se suffisent à eux-mêmes, sans qu'il soit besoin d'en faire dans tous les cas des complexes d'Œdipe de nature sexuelle.

En somme, c'est toujours le même rapport de valeurs qu'on peut établir entre une théorie freudienne et les éléments originaux qu'on veut en garder. Et, en définitive, on est toujours amené à résoudre le même problème : celui des limites de la sexualité.

CONCLUSIONS

I. — Freud définit le complexe d'Œdipe comme « une inclination précoce de la fille pour son père et du fils pour sa mère, dont on trouve une trace nette chez la plupart des gens ». Elle doit être considérée « comme étant dès le début plus intense chez les gens prédisposés à la névrose par leur constitution, chez les enfants précoces ou avides d'affection ».

Freud admet qu'il existe une « sexualité infantile ». Le complexe d'Œdipe, apparu pendant l'enfance, comporte dans tous les cas des représentations sexuelles indiscutables.

« Tout être humain se voit imposer la tâche de vaincre en lui le complexe d'Œdipe. S'il faillit à cette tâche, il sera un névropathe ».

II. — Nous pensons qu'on peut rencontrer, chez des névropathes, des états de complexe d'Œdipe — et cela uniquement lorsqu'il s'agit de malades manifestant des sentiments d'attraction sexuelle pour le parent de sexe opposé, et souvent des sentiments d'hostilité à l'égard de l'autre parent.

Mais bien plus fréquemment, ce sont des « *complexes affectifs familiaux* » qui naissent au cours de la petite enfance — sans qu'on puisse présumer de

leur caractère sexuel. Leur importance dans l'élaboration d'une névrose ne doit faire aucun doute.

III. — Nous admettons le rôle de premier plan des complexes affectifs dans la formation du « contenu psychique » des névroses, c'est-à-dire dans l'interprétation des symptômes morbides.

L'étiologie et la pathogénie de la maladie mentale, au contraire, comportent le rôle primordial de l'hérédité et du terrain neuro-psychique.

IV. — Les complexes affectifs de l'enfance peuvent être plus ou moins conscients. Ils sont très souvent inconscients. Dans ce cas, leur recherche est possible grâce aux méthodes « d'exploration de l'inconscient », de type psychanalytique. Ces méthodes de recherche doivent aussi être considérées comme des méthodes de traitement. Elles ne doivent être employées que par des médecins spécialisés qui sauront s'astreindre, dans leur mise en œuvre, aux règles d'une prudence extrême.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
ÉTIENNE-MARTIN.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 2 Juin 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLENDY (R.). — Le Complexe d'Œdipe. *Esprit nouveau*, 1924.
- BARUK (H.). — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale. Paris, Masson, 1938.
- BAUDOIN (C.). — La régression et les phénomènes de recul en psychologie. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1928, p. 795-823.
- BELL (S.). — A preliminary study on the emotions of love between the sexes. *American journal of psychology*, 1922.
- BERGSON (H.). — L'évolution créatrice, 41^e édition, Paris, Alcan, 1932.
- BLONDEL (C.). — L'activité mentale selon Freud. *Revue philosophique*, 1923, t. 2, p. 109-122.
— La psychanalyse, Alcan, 1924.
- CLAPARÈDE (E.). — Freud et la psychanalyse. *Revue de Genève*, 1920.
- CLAUDE (H.). — La psychoanalyse dans la thérapeutique des obsessions et des impulsions. *Paris Médical*, 21 octobre 1923.
- CLAUDE, FRIBOURG-BLANC et CEILLIER. — Syndrome obsessionnel polymorphe avec complexe d'Œdipe et troubles de l'équilibre vago-sympathique, *Annales médico-psychologiques*, 1923, 1^{re} partie, p. 448-462.

- CLAUDE et LAFORGUE. — Schizophrénie et constitution bipolaire du caractère schizoïde. *Evolution psychiatrique*, ancienne série, t. I, p. 27-37.
- CODET (H.). — Traitements d'inspiration psychanalytique. Editions médicales, N. Maloine, Paris, 1932.
- DALBIEZ (R.). — La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne, Desclée de Brouwer et C°, Paris, 1936.
- DELAGE (Y.). — La psychanalyse : le système de Freud et son école. *Annales biologiques*, 1914, p. XX-XXXVI.
- DUMAS (G.). — Nouveau traité de psychologie. Paris, Alcan, 1932.
- FREUD (S.). — (Nous donnons les ouvrages de Freud dans l'ordre de la parution dont la date est indiquée avant chaque titre):
- 1900: Die Traumdeutung. La science des rêves. Trad. Meyerson (sur la 7^e édition allemande 1922), Alcan, 1926.
 - 1904: Zur Psychopathologie des Alltagslebens. La psychopathologie de la vie quotidienne. Trad. S. Jankélévitch, Payot, 1922.
 - 1905: Drei Abhandlungen zur sexualtheorie. Trois essais sur la théorie de la sexualité. Trad. B. Reverchon. Editions de la Nouvelle Revue Française, Paris, 1923.
 - 1910: Ueber Psychoanalyse fünf Vorlesungen. Cinq leçons sur la psychanalyse (données en 1909 à Clark University). Trad. Y. Le Lay, Payot.
 - 1913: Totem und Tabu. Totem et Tabou. Trad. S. Jankélévitch, Payot, 1924.
 - 1918: Vorlesungen zur Einführung in die psychoanalyse. Introduction à la psychanalyse. Trad. S. Jankélévitch, Payot, 1922.

- 1921: Massenpsychologie und Ich- Analyse. Psychologie collective et analyse du Moi. Trad. S. Jankélévitch. In *Essais de psychanalyse*, Payot, p. 83-171.
- 1928: Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora). Trad. M. Bonaparte et R. Löwenstein. *Revue française de psychanalyse*, 1928.
- FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER. — La pratique psychiatrique dans l'armée. Paris, Charles-Lavauzelle, 1935.
- HESNARD (A.). — La vie et la mort des instincts chez l'homme. Stock, 1926.
- Les syndromes névropathiques. Gaston Doin et C°, Paris, 1927.
- Psychologie homosexuelle. Stock, 1930.
- JANET (P.). — L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris, Th. Let., 1888-89.
- Les Obsessions et la psychasthénie. Paris, Alcan, 1903.
- La psychoanalyse (Rapport au Cong. int. de médecine de Londres, 1913). *Journal de psychologie norm. et path.*, 1914.
- Les médications psychologiques. Paris, Alcan, 1919.
- JUNG (C.). — L'inconscient dans la vie psychique normale et anormale. Trad. Grandjean-Bayard, Payot, 1928.
- KRETSCHMER (E.). — Manuel historique et pratique de psychologie médicale. Trad. Jankélévitch, Payot.
- LADAME (P.). — Névroses et sexualité. *Encéphale*, janv.-févr. 1913.
- LAUMONNIER (J.). — La psychanalyse et le traitement des névroses, in *Bulletin général de thérapeutique*, sept. 1922 à oct. 1923.

- Les incertitudes de la psychanalyse. *Monde Médical*, nov. à déc. 1923.
- LA VAISSIÈRE S. J. (J. de). — La seule pédagogie profonde est-elle psychanalytique ? Questions actuelles de pédagogie. Editions du Cerf, 1931.
- La théorie psychanalytique de Freud. *Archives de philosophie*, V. VIII, 1932.
- LEY et MENZERATH. — L'étude expérimentale des associations d'idées dans les maladies mentales. *Rapport au Cong. de Bruges*, sept.-oct. 1911.
- LOGRE. — Etat mental des hystériques. Traité Ribadeau-Dumas, Sergent et Babonneix.
- Mc DOUGALL (W.). — The Œdipus Complex: an attempt to estimate its role and importance. *Archives of neurologia and psychiatry*, 1926, p. 151-172.
- MORICHEAU-BEAUCHANT. — Le rapport affectif dans la cure des psycho-névroses. *Gazette des hôpitaux*, 15 nov. 1911.
- PAPILLAUT (G.). — Critiques des théories et défense des méthodes de la psychanalyse. *Presse Médicale*, 9 mars 1929.
- PARCHEMINEY (G.). — Un cas de névrose chez un homme de trente ans. *Revue Française de Psychanalyse*, 1928, n° 3, p. 569.
- PFISTER (O.). — The psychoanalytic Method. Trad. Payne (Intr. par S. Hall). Londres, Kegan Paul.
- RÉGIS (E.). — Précis de Psychiatrie. 4^e édition. Paris, Doin, 1909.
- RÉGIS et HESNARD. — La psychoanalyse des névroses et des psychoses. 2^e édition, Paris, Alcan, 1922.
- SAUSSURE (R. de). — La valeur scientifique de la méthode psychanalytique. *Encéphale*, 1924, II, p. 509-517.
- Remarques sur la technique de la psychanalyse freudienne. *Evolution psychiatrique*, t. I, 1925, p. 37-54.

VINCHON (J.). — Les névroses. Paris, Maloine, 1935.

VOIVENEL (P.). — La chasteté perverse. La Renaissance
du Livre, 1928.

WITTELS (F.). — Freud: l'homme, la doctrine, l'école.
Trad. L. C. Herbert. Alcan.



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° **42, QUAI GAILLETON, 42** °°

°° °° °° **LYON** °° °° °° °°



